

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicobiología



TESIS DOCTORAL

**Evaluación de los factores de riesgo y protección de un programa de
prevención universal de las drogodependencias en el ámbito educativo**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Isabel Suela Sánchez

Director

José Antonio López Moreno

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

***Evaluación de los factores de riesgo y protección de un
programa de prevención universal de las
drogodependencias en el ámbito educativo***

Dirigido por:

Dr. José Antonio López Moreno

Isabel Suela Sánchez

Madrid, 2015

“Hoy es siempre todavía”

Antonio Machado

Esta Tesis ha sido financiada por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, dentro del Convenio entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Departamento de Psicobiología de la Universidad Complutense de Madrid, cuya finalidad es realizar evaluaciones, estudios e informes técnicos de los programas de prevención de las drogodependencias en el ámbito educativo.

DEDICATORIA:

A mi hijo Héctor y a mi marido Luis Miguel.

AGRADECIMIENTOS

A mi hijo Héctor por ser el motor que me impulsa ante cualquier adversidad.

A mi marido Luis Miguel por creer en mí, motivarme y alentarme.

Muchas gracias a mi familia por apoyarme en todos los momentos difíciles que han rodeado el desarrollo de este trabajo. A mi madre Maribel, a mi padre Raimundo, a mi hermana Ester, a mi hermano Santiago y a mi cuñado José por estar ahí de manera incondicional siempre.

A todas mis amigas de la infancia porque os siento cerca aunque estemos lejos.

A mis seres queridos que ya no están aquí por ser ejemplos de vida.

Agradecer a mi director de tesis, el Dr. José Antonio López Moreno, su orientación, tiempo, consejos y el ánimo que siempre me ha dado.

De gran valor han sido las aportaciones realizadas por el Dr. Juan Francisco Díaz Morales y la Dr. Isabel Martínez Higuera que siempre que lo he necesitado, me han brindado su sabiduría para resolver consultas y dudas.

A todos los compañeros del laboratorio de Psicobiología, especialmente a Víctor y Kora por compartir parte del camino.

A todos y cada uno de los profesores y del alumnado que han rellenando los informes y autoinformes necesarios para la realización del estudio objeto de esta tesis.

A la Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción por colaborar en la parte logística y ser mediadores entre la Universidad Complutense de Madrid y los centros escolares a través de sus coordinadores y técnicos de prevención.

Por último, gracias a la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid por financiar el trabajo.

A todos ellos, muchas gracias.

ÍNDICE GENERAL

Contenido

AGRADECIMIENTOS.....	v
ÍNDICE GENERAL.....	vii
INDICE DE TABLAS	xi
INDICE DE FIGURAS.....	xv
ABREVIATURAS	xxi
RESUMEN.....	xxiii
ABSTRACT	xxiv
CAPÍTULO 1: EPIDEMIOLOGÍA	3
CAPÍTULO 2: TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	3
2.1.2.- Teoría de la conducta planificada de Azjen (1998)	21
2.2.- TEORÍAS INTEGRATIVAS Y COMPRENSIVAS	22
2.2.1.- Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977)	22
2.2.2.- Teoría para la conducta de riesgo en los adolescentes Jessor (1992)	23
2.3.- MODELO COMPRENSIVO E INTEGRADOR DEL CONSUMO DE DROGAS DE BECOÑA (1999, 2002).....	25
CAPÍTULO 3: ¿QUÉ ES PREVENCIÓN?	29
3.1- Prevención Universal.....	33
3.2.- Prevención Selectiva	34
3.3.- Prevención Indicada	34
3.4.- Prevención Ambiental	34
3.5.- Prevención Escolar	35
3.6.- Prevención Familiar.....	36
3.7.- Prevención Comunitaria	37
3.8.- Prevención Laboral.....	37
3.9.- Otras.....	37
CAPÍTULO 4: ¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN?	39
4.1.- Evolución y estrategias empleadas en los programas preventivos.....	41
CAPÍTULO 5: PREVENCIÓN BASADA EN LA CIENCIA. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA) Y EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADICCTION (EMCDDA).....	46
CAPÍTULO 6: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN.....	58

6.1.- Factores relacionados con la persona.....	64
6.1.1.- Habilidades Sociales.....	64
6.1.2.- Actitudes Hacia las Drogas	65
6.1.3.- Habilidades de Toma de Decisiones.....	66
6.1.4.- Autocontrol	67
6.1.6.- Empatía.....	67
6.1.7.- Actitudes Hacia la Salud	68
6.1.8.- Autoestima.....	68
6.1.9.- Sexo	69
6.1.10.- Edad	69
6.2.- Factores relacionados con el ambiente	70
6.2.1.- Ambiente microsocioal	70
6.2.2.- Ambiente macrosocioal	71
CAPÍTULO 7: PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID.....	75
7.1.- Programas de Prevención en la CAM.....	77
7.2.- Prevenir para Vivir.....	81
7.2.1.- Evaluación de la eficacia del programa Prevenir para Vivir.	84
CAPÍTULO 8: HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	86
CAPÍTULO 9: MÉTODO	90
9.1.- PARTICIPANTES	92
9.2.- VARIABLES E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN.....	95
9.2.1.- Cuestionario PREVAL_PPV1: Educación Infantil	99
9.2.2.- Cuestionario PREVAL_PPV2. Primer Ciclo de Primaria: 1º y 2º. Segundo Ciclo de Primaria 3º y 4º Primaria.....	100
9.2.3.- Cuestionario PREVAL_PPV3. Tercer Ciclo Primaria: 5º y 6º de Primaria	103
9.2.4.- Cuestionario PREVAL_PPV4: 1º, 2º, 3º y 4º de ESO	105
9.3.- PROCEDIMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	108
CAPÍTULO 10: RESULTADOS	111
10.1.- HIPÓTESIS 1: Existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por el alumnado en los diferentes factores de riesgo/protección evaluados en función del sexo siendo las chicas las que tienen más factores de protección	115
10.2.- HIPÓTESIS 2: Existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por el alumnado en los diferentes factores de riesgo/protección en función del curso.....	115
10.2.1.- AUTOESTIMA.....	115
10.2.2.- HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL	121

10.2.3.- AUTOCONTROL	126
10.2.4.- ACTITUDES HACIA LA SALUD	130
10.2.5.- EMPATÍA	135
10.2.6.- AUTOEXPRESIÓN EMOCIONAL	137
10.2.7.- HABILIDADES TOMA DE DECISIONES	139
10.2.8.- ACTITUDES HACIA LAS DROGAS	141
10.3.- HIPÓTESIS 3: La intervención provocará cambios en los factores de riesgo/protección evaluados.	142
AUTOESTIMA.....	143
HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL	152
AUTOCONTROL.....	161
ACTITUDES HACIA LA SALUD	167
EMPATÍA	174
AUTOEXPRESIÓN EMOCIONAL	179
HABILIDADES DE TOMA DE DECISIONES.....	181
ACTITUDES DESFAVORABLES HACIA LAS DROGAS	184
10.4.- HIPÓTESIS 4: El alumnado perteneciente a centros donde hay una alta exposición al programa de prevención objeto de evaluación de esta tesis obtendrá unas puntuaciones mayores en los factores de protección.....	186
10.5.- HIPÓTESIS 5: El alumnado de ESO que participa en sesiones de refuerzo puntúa más alto en las escalas evaluadas	194
CAPÍTULO 11: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	209
CAPÍTULO 12: REFERENCIAS	229
ANEXO 1: NÚMERO DE AÑOS DE APLICACIÓN DEL PPV Y TALLERES DE REFUERZO EN 3º Y 4º DE ESO	245
ANEXO 2: CUESTIONARIOS DE VALORACIÓN/EVALUACIÓN.....	250
ANEXO 3: CONTENIDO DE LOS TALLERES DE REFUERZO	266

INDICE DE TABLAS

Capítulo 1

- Tabla 1.** Prevalencia de consumo alguna vez en la vida. Datos nacionales periodo 2012/2013.
- Tabla 2.** Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España 1994-2012.
- Tabla 3.** Prevalencia de consumo en estudiantes de 14 a 18. Comunidad de Madrid, 2012.
- Tabla 4.** Prevalencia de consumo por sexo en estudiantes de 14 a 18. Comunidad de Madrid, 2012.
- Tabla 5.** Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses por edad en estudiantes de 14 a 18. Comunidad de Madrid, 2012.
- Tabla 6.** Evolución de la Edad Media de inicio al consumo de cada sustancia en la Comunidad de Madrid en estudiantes de 14 a 18, 2006-2012.
- Tabla 7.** Consumo de sustancias psicoactivas (legales o ilegales) por sexo en estudiantes de 14 a 18. Comunidad de Madrid, 2012.
- Tabla 8.** Número de participantes en programas de prevención en estudiantes de 14 a 18. Datos nacionales, 2008-2012.

Capítulo 2

- Tabla 9.** Teorías y modelos explicativos del consumo de sustancias.

Capítulo 3

- Tabla 10.** Formas de abordar el problema de las drogodependencias.
- Tabla 11.** Objetivos de la prevención de drogodependencias.
- Tabla 12.** Tipos de prevención según la conceptualización clásica y la más actual en drogodependencias.
- Tabla 13.** Tipos de prevención según *European drug prevention quality standards*. (2011) EMCDDA.

Capítulo 4

- Tabla 14.** Estrategias utilizadas en la Prevención de las Drogodependencias.
- Tabla 15.** Componentes básicos de los programas de prevención de drogodependencias

Capítulo 5

- Tabla 16.** Datos de lo que resulta eficiente a través de la evidencia empírica dentro del ámbito educativo.

Capítulo 7

- Tabla 17.** Programas de prevención en la Comunidad de Madrid. AGAD.

Capítulo 9

- Tabla 18.** Frecuencia y Porcentaje de estudiantes según instrumento de valoración utilizado.
- Tabla 19.** Porcentaje de estudiantes según instrumento de valoración y sexo.
- Tabla 20.** Frecuencia tipo de centros que forman parte de la muestra.
- Tabla 21.** Frecuencias y porcentajes de estudiantes según sexo y curso.
- Tabla 22.** Frecuencias y porcentajes de estudiantes según años Preval_PPV1.
- Tabla 23.** Frecuencias y porcentajes de estudiantes según años Preval_PPV2.
- Tabla 24.** Frecuencias y porcentajes de estudiantes según años Preval_PPV3.

Tabla 25. Frecuencias y porcentajes de estudiantes según años Preval_PPV4.

Tabla 26. Variables medidas en función de la etapa educativa, de la edad y del curso.

Tabla 27. Instrumentos de valoración del programa “Prevenir para Vivir” en función de la recogida de información, según curso o etapa educativa y edad.

Tabla 28. Batería de ítems para la elaboración del instrumento de evaluación del programa Prevenir para Vivir para los alumnos del 3º de Educación Infantil.

Tabla 29. Batería de ítems para la elaboración del instrumento de valoración del programa Prevenir para Vivir para los alumnos del primer ciclo de Primaria, 1º, 2º, 3º y 4º Primaria.

Tabla 30. Batería de ítems para la elaboración del instrumento de valoración del programa Prevenir para Vivir para los alumnos del segundo ciclo de Primaria, 5º y 6º de Primaria.

Tabla 31. Batería de ítems para la elaboración del instrumento de valoración del programa Prevenir para Vivir para los alumnos de educación secundaria obligatoria 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO.

Capítulo 10

Tabla 32. Resumen fiabilidad escala Preval_PP1 pre- evaluación y post-evaluación 3º Infantil.

Tabla 33. Resumen fiabilidad escala Preval_PP2 pre- evaluación y post-evaluación 1º y 2º ciclo Primaria.

Tabla 34. Resumen fiabilidad escala Preval_PP3 pre- evaluación y post-evaluación 3º ciclo Primaria.

Tabla 35. Resumen fiabilidad escala Preval_PPV4 pre- evaluación y post-evaluación ESO.

Tabla 36. Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado 3º Educación Infantil.

Tabla 37. Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Tabla 38. Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria.

Tabla 39. Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado de Educación Secundaria Obligatoria: 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO.

Tabla 40. Estadísticos descriptivos escala Habilidades de Interacción Social, alumnado 3º Educación Infantil.

Tabla 41. Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Tabla 42. Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria.

Tabla 43. Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social en el alumnado DE 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO.

Tabla 44. Estadísticos descriptivos escala Autocontrol, alumnado 3º Educación Infantil.

Tabla 45. Estadísticos descriptivos escala Autocontrol alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Tabla 46. Estadísticos descriptivos escala Autocontrol alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria.

Tabla 47. Estadísticos descriptivos escala Actitudes Hacia la Salud, alumnado 3º Educación Infantil.

Tabla 48. Estadísticos descriptivos escala Actitudes Hacia la Salud alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Tabla 49. Estadísticos descriptivos escala Actitudes Hacia la Salud alumnado de 5º y 6º de Educación

Primaria.

Tabla 50. Estadísticos descriptivos escala Empatía alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Tabla 51. Estadísticos descriptivos escala Empatía alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria.

Tabla 52. Estadísticos descriptivos escala Autoexpresión Emocional alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Tabla 53. Estadísticos descriptivos escala Habilidades Toma de Decisiones en el alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO.

Tabla 54. Estadísticos descriptivos escala Actitudes Hacia las Drogas en el alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO.

Tabla 55. Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado 3º Educación Infantil antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 56. Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 57. Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 58. Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado de ESO antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 59. Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social en alumnado 3º Educación Infantil antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 60. Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 61. Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 62. Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social alumnado de ESO antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 63. Estadísticos descriptivos escala Autocontrol alumnado 3º Educación Infantil antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 64. Estadísticos descriptivos escala Autocontrol alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 65. Estadísticos descriptivos escala Autocontrol alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 66. Estadísticos descriptivos escala Actitudes hacia la Salud alumnado 3º Educación Infantil antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 67. Estadísticos descriptivos escala Actitudes hacia la Salud alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 68. Estadísticos descriptivos escala Actitudes hacia la Salud alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 69. Estadísticos descriptivos escala Empatía alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 70. Estadísticos descriptivos escala Empatía alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 71. Estadísticos descriptivos escala Autoexpresión Emocional alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 72. Estadísticos descriptivos escala Habilidades de Toma de Decisiones alumnado de ESO antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 73. Estadísticos descriptivos escala Actitudes desfavorables Hacia las Drogas alumnado de ESO antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo.

Tabla 74. Pruebas de los efectos inter-grupos escalas alumnado 3º Educación Infantil en función del grado de exposición al programa de prevención.

Tabla 75. Pruebas de los efectos inter-grupos escalas alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria en función del grado de exposición al programa de prevención.

Tabla 76. Pruebas de los efectos inter-grupos escalas alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria en función del grado de exposición al programa de prevención.

Tabla 77. Pruebas de los efectos inter-grupos escalas en alumnado de ESO en función del grado de exposición al programa de prevención.

Tabla 78. Estadísticos descriptivos en las escalas evaluadas en 3º y 4º de la ESO según la participación o no participación del alumnado en talleres con sesiones de refuerzo.

Tabla 79. Pruebas de los efectos de la realización de talleres de prevención en función del curso (3º o 4º de la ESO).

Capítulo 11

Tabla 80. Efecto del sexo en las variables de prevención del programa PPV.

Tabla 81. Efecto del curso en las variables de prevención del programa PPV.

Tabla 82. Efecto del programa PPV en los factores de riesgo/protección (comparación pre y post intervención).

Tabla 83. Efecto del nivel de exposición al PPV en los factores de riesgo/protección.

Tabla 84. Efecto de la exposición a talleres de refuerzo.

INDICE DE FIGURAS

Capítulo 1

Figura 1. Proporción consumidores de drogas en los últimos 12 meses en población de 15 a 64 años Datos nacionales periodo 2013/2014.

Figura 2. Proporción consumidores de drogas en los últimos 12 meses en población de 15 a 64 años según sexo. Datos nacionales periodo 2013/2014.

Figura 3. Proporción consumidores de drogas en los últimos 12 meses en población de 15 a 64 años según edad. Datos nacionales periodo 2013/2014.

Figura 4. Edad media de inicio en el consumo. Datos nacionales periodo 2013/2014.

Figura 5. Policonsumo últimos 12 meses. Datos nacionales periodo 2013/2014.

Figura 6. Consumo de drogas en porcentaje de los estudiantes españoles de Educación Secundaria de 14 a 18 años, según sexo. Datos nacionales 2012.

Capítulo 2

Figura 7. Teoría de la acción planeada de Ajzen, 1988.

Figura 8. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor, 1977.

Figura 9. Modelo conceptual para la conducta de riesgo en adolescentes: factores de riesgo y protección, conducta de riesgo y resultados de riesgo, Jessor, 1992.

Figura 10. Modelo comprensivo e integrador del consumo de drogas, Becoña, 1990-2002.

Capítulo 5

Figura 11. Ciclo de un Proyecto de Prevención ideal.

Capítulo 7

Figura 12. Objetivos, ámbitos de actuación y factores de riesgo/protección trabajados en el PPV.

Figura 13. Carga de trabajo en cada factor en función de la etapa educativa en el PPV.

CAPÍTULO 10

Figura 14. Puntuación media en Autoestima según sexo.

Figura 15. Puntuación media en Autoestima según sexo y curso en 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Figura16. Puntuación media en Autoestima según sexo y curso en 3º ciclo de Educación Primaria.

Figura 17. Puntuación media en Autoestima según sexo y curso en ESO.

Figura 18. Puntuación media en Habilidades de Interacción Social según sexo en 3º de Educación Infantil.

Figura 19. Puntuación media en Habilidades Interacción Social según sexo y curso en 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 20. Puntuación media en Habilidades Interacción Social según sexo y curso en 3º ciclo de Educación Primaria.

Figura 21. Puntuación media en Habilidades Interacción Social según sexo y curso en ESO.

Figura 22. Puntuación media en Autocontrol según sexo en 3º de Educación Infantil.

Figura 23. Puntuación media en Autocontrol según sexo y curso en 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 24. Puntuación media en Autocontrol según sexo y curso en 3º ciclo de Educación Primaria.

Figura 25. Puntuación media en Actitudes Hacia la Salud según sexo y curso en 3º Educación Infantil.

Figura 26. Puntuación media en Actitudes Hacia la Salud según sexo y curso en 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 27. Puntuación media en Actitudes Hacia la Salud según sexo y curso en 3º ciclo de Educación Primaria.

Figura 28. Puntuación media en Empatía según sexo y curso en 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 29. Puntuación media en Empatía según sexo y curso en 3º ciclo de Educación Primaria.

Figura 30. Puntuación media en Autoexpresión Emocional según sexo y curso en 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 31. Puntuación media en Habilidades Toma de Decisiones según sexo y curso en ESO.

Figura 32. Puntuación media en Actitudes Hacia las Drogas según sexo y curso en ESO.

Figura 33. Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º de Educación Infantil.

Figura 34. Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en 3º de Educación Infantil.

Figura 35. Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Figura 36. Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Figura 37. Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria.

Figura 38. Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria.

Figura 39. Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º, 2º, 3º Y 4º de ESO.

Figura 40. Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º, 2º, 3º Y 4º de ESO.

Figura 41. Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º de Educación Infantil.

Figura 42. Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 3º de Educación Infantil.

Figura 43. Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 44. Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 45. Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º ciclo de Educación Primaria.

Figura 46. Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 47. Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de ESO.

Figura 48. Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de ESO.

Figura 49. Puntuación media en Autocontrol en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º de Educación Infantil.

Figura 50. Puntuación media en Autocontrol en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 3º de Educación Infantil.

Figura 51. Puntuación media en Autocontrol en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 52. Puntuación media en Autocontrol en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 53. Puntuación media en Autocontrol en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º ciclo de Educación Primaria.

Figura 54. Puntuación media en Autocontrol en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 55. Puntuación media en Actitudes hacia la Salud en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º de Educación Infantil.

Figura 56. Puntuación media en Actitudes hacia la Salud en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 3º de Educación Infantil.

Figura 57. Puntuación media en Actitudes hacia la Salud en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 58. Puntuación media en Actitudes hacia la Salud en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 59. Puntuación media en Actitudes hacia la Salud en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º ciclo de Educación Primaria.

Figura 60. Puntuación media en Actitudes hacia la Salud en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 61. Puntuación media en Empatía en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Figura 62. Puntuación media en Empatía en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Figura 63. Puntuación media en Empatía en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º ciclo de Educación Primaria.

Figura 64. Puntuación media en Empatía en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria.

Figura 65. Puntuación media en Autoexpresión Emocional en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Figura 66. Puntuación media en Autoexpresión Emocional en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Figura 67. Puntuación media en Habilidades de Toma de Decisiones en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de ESO.

Figura 68. Puntuación media en Habilidades de Toma de Decisiones en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de ESO.

Figura 69. Puntuación media en Actitudes desfavorables hacia las Drogas en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de ESO.

Figura 70. Puntuación media en Actitudes desfavorables hacia las Drogas en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de ESO.

Figura 71. Puntuación media en las escalas en función del grado de exposición en alumnado de 3º de Educación Infantil.

Figura 72. Puntuación media en las escalas en función del grado de exposición en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Figura 73. Puntuación media en las escalas en función del grado de exposición en alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria.

Figura 74. Puntuación media en las escalas en función del grado de exposición en alumnado de ESO.

Figura 75. Puntuación media en las escalas en función de la realización de talleres en el 2º ciclo de ESO.

Figura 76. Puntuación media en las escalas en función de la realización de talleres y del curso 3º o 4º de ESO.

ABREVIATURAS

AGAD: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

CAM: Comunidad Autónoma de Madrid

CSAP: Center for Substance Abuse Prevention

EDDRA: Exchange on Drug Demand Reduction Action

EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adicction

EIB: Evaluation Instrumens Bank

ESO: Educación Secundaria Obligatoria

ESTUDES: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias

FAD: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción

LOGSE: Ley Orgánica General del Sistema Educativo

NIDA: National Institute on Drug Abuse

OEDT: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

PERK: Prevention and Evaluation Kit

PNSD: Plan Nacional Sobre Drogas

DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

PPV: Prevenir para Vivir

Preval_PP1: Instrumento de evaluación PPV Educación Infantil

Preval_PP2: Instrumento de evaluación PPV primer y segundo ciclo Educación Primaria

Preval_PP3: Instrumento de evaluación PPV tercer ciclo primaria

Preval_PP4: Instrumento de evaluación PPV ESO

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

RESUMEN

Objetivo: Este estudio pretende evaluar un programa de Prevención Universal de las drogodependencias en el ámbito educativo a través de los cambios que produce en los diferentes factores de riesgo y protección seleccionados. La intensidad de la exposición al programa y la realización de talleres de refuerzo también han sido objetivo de la evaluación. La valoración se ha realizado en todas las etapas educativas: Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria, teniendo en cuenta el sexo y el curso.

Metodología: La muestra está compuesta por 3.454 estudiantes de la Comunidad de Madrid. 250 estudiantes de Educación Infantil, 849 estudiantes de 1º y 2º Ciclo de Primaria, 520 estudiantes de 3º Ciclo de Primaria y 1.835 estudiantes de ESO. Se elaboraron 4 instrumentos de medida de factores de riesgo y protección: Preval_PP1 para Educación Infantil y Preval_PP2 para el 1º y 2º Ciclo de Primaria, ambos son informes a rellenar por el profesorado. El Preval_PP3 para el 3º Ciclo de Primaria y el Preval_PP4 para la ESO en forma de autoinforme a rellenar por el alumnado. A través de las bases de datos evaluamos la cantidad de años que cada centro ha participado en el programa preventivo así como el número de estudiantes que ha participado en talleres de refuerzo.

Mediante un diseño cuasi-experimental con medida pre-test y post-test se realizan ANOVAs de medidas repetidas teniendo en cuenta el sexo y el curso para evaluar los cambios en los factores de riesgo y protección y comparar los centros de alta y baja exposición así como comparar al alumnado que realiza talleres de refuerzo con los que no los realizan.

Resultados:

En Infantil y Primaria Las niñas puntúan más en Autoestima, Autocontrol, Actitudes Hacia la Salud, Empatía y Autoexpresión Emocional. El programa es efectivo, aumentando las puntuaciones en las escalas significativamente en Autoestima, Actitudes hacia la Salud, Empatía y Autoexpresión Emocional en Infantil y 1º y 2º Ciclo de Primaria. En la ESO la Autoestima es mayor en los chicos y se obtienen peores puntuaciones en Actitudes Hacia las Drogas. Las Habilidades de Interacción Social son

mejores en las niñas en Infantil y 1º y 2º Ciclo de Primaria y en los niños en el 3º ciclo de Primaria, el programa es efectivo, aumentando la puntuación significativamente después de la intervención para este factor en todas las etapas educativas y una vez realizadas las sesiones de recuerdo en estudiantes de ESO. La alta exposición influye en las puntuaciones de los diferentes factores aumentando la puntuación en Infantil y 1º y 2º Ciclo Primaria. Por el contrario, sólo aumenta las puntuaciones en Actitudes Hacia la Salud en el 3º Ciclo de Primaria y en Actitudes Hacia las Drogas en la ESO en aquellos con alta exposición.

Conclusiones: Existen diferencias en función del sexo en los diferentes factores de riesgo y protección siendo las niñas las que mejores puntuaciones tienen en Infantil y Primaria y desapareciendo las diferencias en la ESO. Estos resultados nos sugieren que hay que trabajar la prevención desde la perspectiva de género. El programa evaluado es en parte efectivo sobre todo en lo referente a las Habilidades de Interacción Social. En cuanto a la intensidad de la prevención parece que en Infantil y Primaria a mayor intensidad en la prevención se obtienen mejores puntuaciones en los factores de protección. En el alumnado con alta exposición en la ESO las Actitudes Hacia las Drogas son más desfavorables en el grupo altamente expuesto. Mientras que participar en los talleres de refuerzo solo modifica las Habilidades de Interacción Social.

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to evaluate a drug addiction Universal Prevention program in a educative environment through the changes produced by selected risk and protection factors. The program exposure intensity over the subjects and the reinforcement workshop assistance were also focused on the evaluation. The program has been longitudinally implanted through the Childhood education, Primary and Secondary School taking into account the sex and the course.

Methodology: The sample is composed by 3.454 students from the Madrid region. 250 Childhood education students, 849 1st and 2nd Primary School Cycles students, 520 3rd Primary School Cycle students and 1.835 Secondary School students. Four risk and protection measuring tools were created: Preval_PP1 for Childhood education and Preval_PP2 for the 1st and 2nd Primary School Cycles. Both of the later were paper-

pencil questionnaire to fill by teachers. The Preval_PP3 for the 3rd Primary School Cycle and the Preval_PP4 for the Secondary School was developed in the shape of paper-pencil questionnaire to fulfill by the student body. The number of years which every School was involved in this drug prevention program was evaluated through the databases. The same could be said about the number of students that has participated in the reinforcement workshops.

Using an almost-experimental design with pre-test and post-test measure, iterative measures from ANOVAS were completed taking into account the sex and grade in order to evaluate the changes in the risk and protection factors. The said before was used both to compare the primary and secondary schools with high and low exposure to the program and to compare the student body who receives reinforcement workshops with the sector who do not receive those reinforcement workshops.

Results: In Childhood education and primary school the girls score higher in self-esteem, self-control, health attitudes, empathy and emotional self-expression. The program is effective in self-esteem, self-control, health attitudes, empathy and emotional self-expression, in Childhood education and the 1st and 2nd Primary school cycles. In secondary school, the self-esteem is higher in boys however they obtain worse scores in Drug Attitudes. The social interaction skills are better in girls from Childhood education and 1st and 2nd primary school cycles and in the 3rd primary cycle boys. The program is efficient in the former factor in the studywhole educative span and once the reinforcement sessions are tutored in the secondary school. High exposure impacts in all factors increasing its scores Childhood education and 1st and 2nd primary school cycles. On the contrary, the program only increases it in health attitudes in the 3rd primary cycle and Drug attitudes in high exposed pupils of secondary school.

Conclusions:

There are differences between sex in the various risk and protection factors being the girls whom score higher in Childhood education and primary school. Those score disparities fade completely in secondary school. The results suggest a gender perspective has to be focused in prevention. The evaluated program is effective in

social interaction skills above all. Concerning the intensity of the prevention, it appears that better effects achieved in Childhood education and primary school .In secondary school the Drugs attitudes are more unfavorable in the highly exposed group. To participate in the reinforcement workshops just modifies the social interaction skills.

CAPÍTULO 1: EPIDEMIOLOGÍA

1.1.- Población General

Las consecuencias del consumo de drogas en la salud de los individuos y en sus relaciones familiares y sociales han sido, son y serán motivo de preocupación para el conjunto de la sociedad.

Desde el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD, a partir de ahora), institución creada en 1985, se han desarrollado una serie de encuestas bianuales dirigidas a la población general para registrar, evaluar y poder hacer intervenciones sobre las conductas relacionadas con el consumo de sustancias. Son la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (a partir de ahora, EDADES) y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias (a partir de ahora, ESTUDES). Ambas encuestas se realizan en años alternos desde 1994 por la Delegación del Gobierno para el plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

En la última EDADES 2013/2014 se han incluido un modulo de nuevas sustancias y el consumo problemático de cannabis y se ha investigado el consumo de drogas en el ámbito laboral. Por primera vez se han introducido preguntas que permiten calcular la incidencia de nuevos consumidores de ciertas drogas.

Desde el 2011 aumenta ligeramente el consumo de las sustancias legales: alcohol, tabaco e hipnosedantes. En la figura 1 viene reflejada dicha proporción.

El consumo de drogas tanto legales como ilegales está más extendido entre los hombres, excepto los hipnosedantes donde la proporción de mujeres duplica a la de los varones. En la figura 2 vemos dicha proporción.

Como podemos ver en la Figura 3, aunque la proporción de consumidores de alcohol en los últimos 12 meses es mayor entre las personas de 18 a 64 años cuando nos referimos al consumo en botellón y en borracheras la proporción es mayor entre las personas de 15-17 años así como en el consumo de cannabis y alucinógenos.

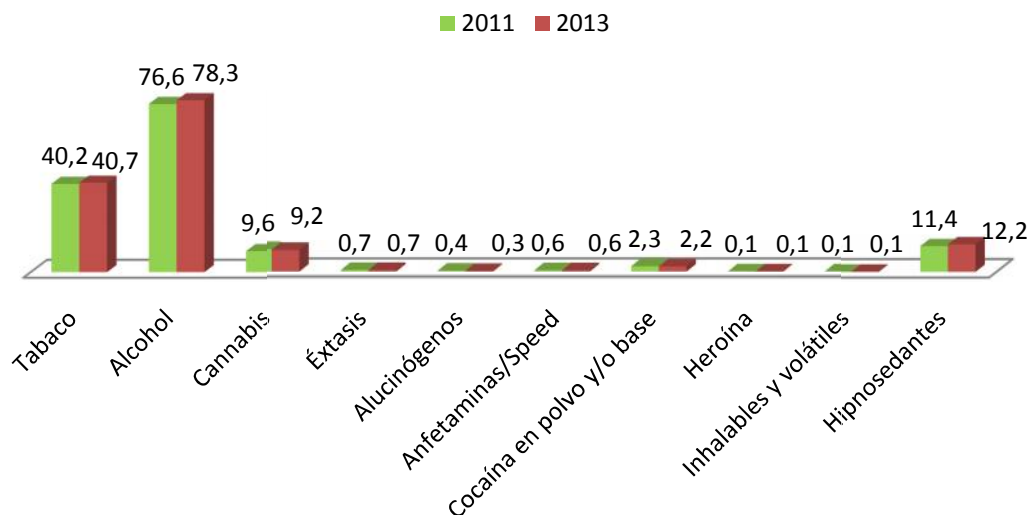


Figura 1

Proporción consumidores de drogas en los últimos 12 meses en población de 15 a 64 años. Fuente: Informe EDADES 2013/2014 de la DGPNsD

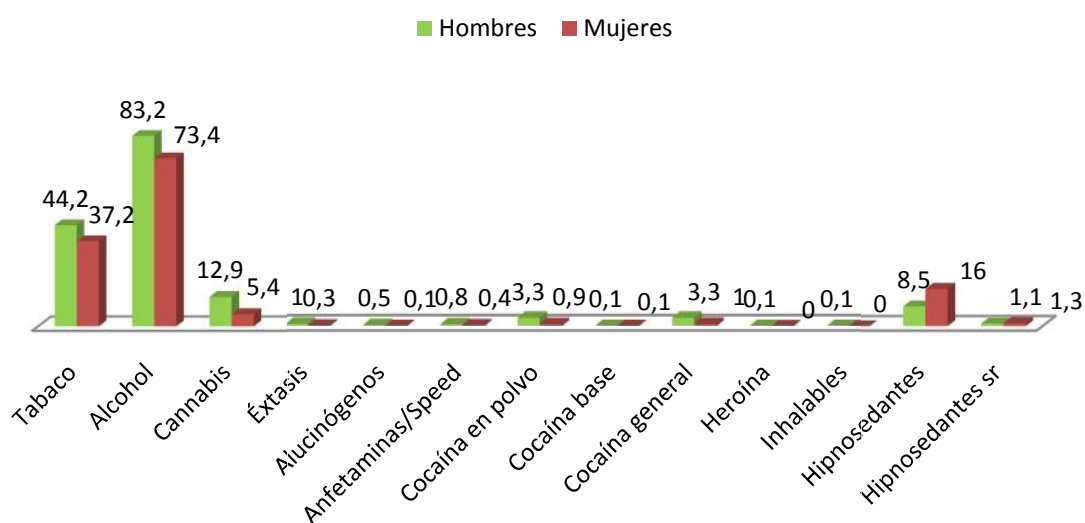


Figura 2

Proporción consumidores de drogas en los últimos 12 meses en población de 15 a 64 años según sexo. Sr: sin receta médica. Fuente: Informe EDADES 2013/2014 de la DGPNsD

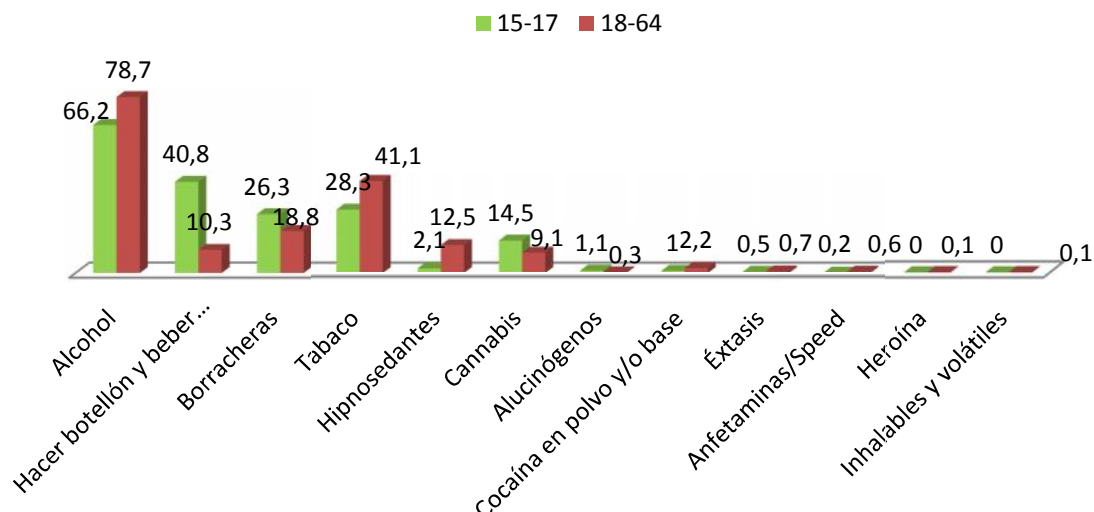


Figura 3

Proporción consumidores de drogas en los últimos 12 meses en población de 15 a 64 años según edad. Fuente: Informe EDADES 2013/2014 de la DGPNsD

En cuanto a la edad de inicio de las diferentes sustancias en la Figura 4 se observa que las drogas de inicio más temprano son el tabaco las bebidas alcohólicas y el cannabis.

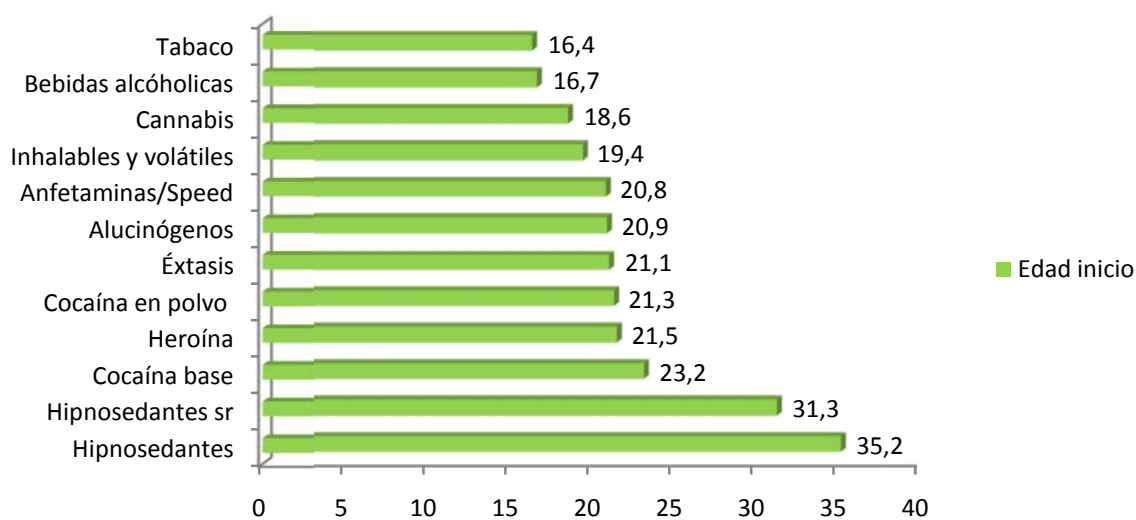


Figura 4

Edad media de inicio en el consumo de las diferentes sustancias. Sr: sin receta médica. Fuente: Informe EDADES 2013/2014 de la DGPNsD

En cuanto al consumo de nuevas sustancias es mayor en hombres de entre 25-34 años siendo un consumo experimental. El 74,1% de las personas nunca han oído hablar de estas drogas. Las nuevas sustancias incluyen sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales y que se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, inciensos...

Como vemos reflejado en la Figura 5 el policonsumo, consumo de dos o más sustancias (legales e ilegales) es un patrón de consumo cada vez más prevalente en España y en Europa. En los últimos 12 meses un 13,6% no han consumido ninguna sustancia. El alcohol está presente en el 90% de los policonsumos. Si este consumo de alcohol es de tipo intensivo (binge drinking o atracón - consumir cinco o más vasos/copas en unas dos horas - e intoxicaciones etílicas) se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas.

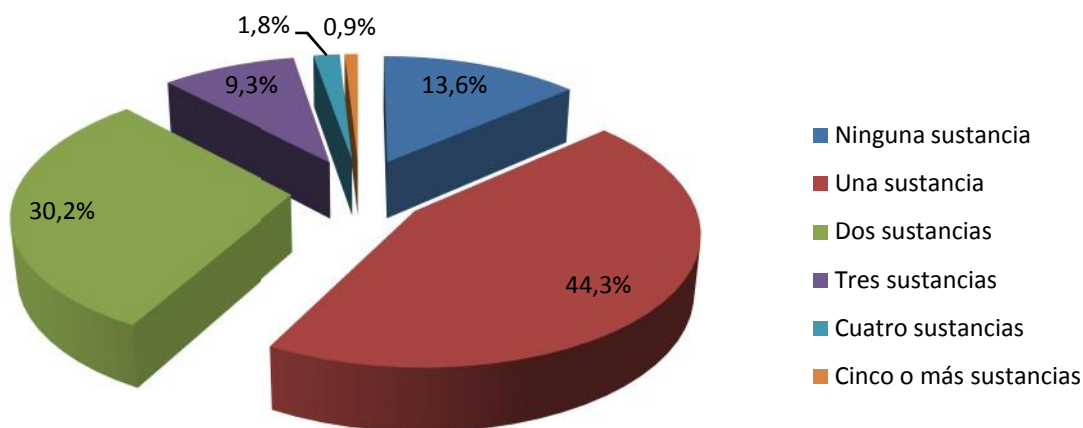


Figura 5

Policonsumo últimos 12 meses. Fuente: Informe EDADES 2013/2014 de la DGPNSD

En cuanto a la incidencia anual en el último año previo a la encuesta comenzaron a consumir cannabis 168.677 personas (5,3 por cada mil encuestados), tabaco 142.282 (4,4/1.000) y cocaína en polvo 38.551 (1,2/1.000). El número de personas que empezaron a consumir cannabis supera a las que se iniciaron en el consumo de tabaco.

La mayor tasa de personas que empiezan a consumir cannabis se da en menores de edad. En el año previo a la encuesta, empezaron a consumir cannabis 61.085 menores (47 por cada mil personas de 15 a 17 años).

En cuanto al riesgo percibido baja ante el consumo de ciertas drogas como consumir cannabis una vez por semana o una vez o menos al mes. Es más, se considera al tabaco como más peligroso que el cannabis. Las mujeres perciben mayor riesgo que los hombres con las diferentes sustancias excepto con los hipnosedantes (EDADES, 2013).

El riesgo que la población percibe ante el uso de las distintas sustancias es interpretado como un factor de protección hacia el consumo de las mismas y de manera muy importante cuando se refiere al inicio del mismo (EDADES, 2013).

Por otro lado, en referencia a la valoración de las diversas acciones para resolver el problema de las drogas las medidas más valoradas por la población encuestada son las acciones formativas a través de educación en las escuelas, el tratamiento, el control policial y restricción legal mediante leyes estrictas contra las drogas así como las campañas publicitarias. Las medidas menos valoradas son la legalización del cannabis o legalización de todas las drogas (EDADES, 2013).

Las personas muestran mucho interés en recibir información sobre las drogas a través de los medios de comunicación, internet, profesionales sociosanitarios, los profesores y a través de charlas o cursos (EDADES, 2013).

Si nos centramos en los datos obtenidos en la última ESTUDES (2012), los resultados muestran que al igual que en los datos obtenidos en las aplicaciones de la ESTUDES en años anteriores, en el año 2012 las drogas más consumidas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años han sido el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes o pastillas para dormir. Un 83,9% había tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 43,8% tabaco, un 33,6% cannabis y un 18,5% tranquilizantes o pastillas para dormir. La proporción de consumidores actuales de estas sustancias, es decir, aquellos que las han consumido alguna vez en los 30 días previos a la encuesta, fue de 74%, 29,7%, 16,1% y 6,6% respectivamente. El uso del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles,

heroína, etc.) estaba menos extendido, situándose la prevalencia del consumo alguna vez en la vida entre el 1% en la heroína y el 3.6% en la cocaína.

Se observa que la sustancia más popular es el alcohol estando más generalizada entre los jóvenes que en años anteriores. En el 2012 la prevalencia de consumo alguna vez en la vida vuelve a superar el 80% como ocurría en el 2008 o en el 2004. (Tabla 1).

Tabla 1

Prevalencia de consumo alguna vez en la vida

SUSTANCIAS	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8
Alcohol	84,1	84,2	86	78	76,6	82	79,6	81,2	75,1	83,9
Hipnosedantes* (con/sin receta)	6,9	7,7	7,7	8,8	8,5	10	17,3	18	18	18,5
Hipnosedantes* (sin receta)	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7	7,6	9,4	10,4	8,9
Cánnabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33	33,6
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5	3,3	2,7	2,5	3
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5	3,1
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6	2,4
Cocaína (polvo y/o base)	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9	5,7	5,1	3,9	3,6
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1	0,9	1	1
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3	2,7	2,3	1,9
GHB							1,2	1,1	1,2	1,3

Fuente: Informe ESTUDES 2012/2013 de la DGPNsD

En la Tabla 2 podemos observar la evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes españoles.

Tabla 2

Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España 1994-2012.

SUSTANCIAS	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	13.9	13.3	13.2	13.1	13.1	13.2	13.1	13.3	13,5	13,6
Tabaco (consumo diario)	-	14.6	14.5	14.4	14.4	14.5	14.2	15.1	14,3	14,5
Alcohol	13.5	13.7	13.8	13.6	13.6	13.7	13.8	13.7	13,7	13,9
Alcohol (consumo semanal)	-	15	15	14.9	15	15.1	15	15.6	14,8	15,1
Hipnosedantes sin receta	14.1	14.5	14.8	14.5	14.6	14.8	14.4	14.3	14,4	14,6
Cannabis	15.1	15.1	15	14.9	14.7	14.7	14.6	14.6	14,7	14,9
Cocaína	15.6	15.9	15.8	15.8	15.7	15.8	15.4	15.3	14,9	15,5

Heroína	14.3	14.7	14.4	15.4	14.9	14.4	14.7	14.3	14,4	14,4
Anfetaminas	15.5	15.7	15.6	15.6	15.6	15.7	15.6	15.4	15,5	15,5
Alucinógenos	15.4	15.6	15.4	15.5	15.5	15.8	15.5	15.4	15,4	15,4
Inhalables volátiles	13.3	13.6	13.4	13.9	14.3	14	13.6	13.8	13,2	13,4
Éxtasis	15.6	15.7	15.5	15.7	15.4	15.6	15.5	15.2	15,3	15,8
GHB							15,0	15,0	14,6	15,1

Fuente: Adaptado de ESTUDES 2012/2013 de la DGPNsD.

En cuanto a las diferencias intersexuales en el consumo de drogas en la Figura 6 vemos como los chicos consumen en mayor proporción que las chicas todas las drogas ilegales, mientras que con el alcohol, tabaco y los tranquilizantes o pastillas para dormir son las chicas las que más consumen. Son las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes) en España en el año 2012/2013, último año del que disponemos de datos en la ESTUDES.

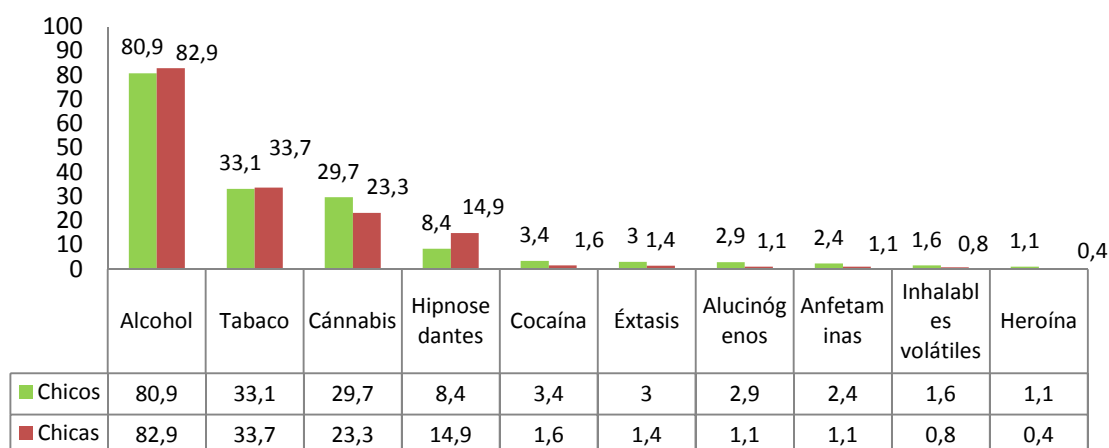


Figura 6

Consumo de drogas en porcentaje de los estudiantes españoles de educación secundaria de 14 a 18 años, según sexo. Fuente: Informe ESTUDES 2012 de la DGPNsD

1.2- Comunidad Autónoma de Madrid

Según resultados obtenidos en la última ESTUDES 2012 y reflejados en la Tabla 3, en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM, a partir de ahora) las principales drogas consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años son el alcohol, el tabaco y el cannabis.

Tabla 3

Prevalencia de consumo en estudiantes de 14 a 18. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2012

Sustancias	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Alcohol	83,1	81,3	72,1
Tabaco	45,5	36,9	31,3
Cannabis	36	28,6	16,9
Hipnosedantes sin receta	8,5	5,6	3,6
Alucinógenos	3,7	2,5	1,3
Cocaína en polvo y/o base	3,8	2,4	1,6
Inhalables y volátiles	2,1	1,2	0,8
Éxtasis	3,2	2,3	1
Speed o anfetaminas	2	1,4	0,8
Heroína	1,2	0,9	0,7

Fuente: Adaptado de ESTUDES 2012/ 2013 de la DGPNSD.

El consumo experimental (alguna vez en la vida) de alcohol, cannabis y éxtasis aumenta respecto a años previos. Mientras que disminuye respecto a 2010 el consumo de hipnosedantes sin receta médica, alucinógenos e inhalables volátiles. Destaca el aumento del consumo de alcohol. Al comparar el consumo experimental de las principales sustancias psicoactivas en los estudiantes de la CAM respecto al total nacional observamos unas proporciones de consumo similares, ligeramente superiores en la CAM para el tabaco y el cannabis e inferiores para el alcohol. Si tenemos en cuenta el consumo los últimos 12 meses (consumo reciente) y en el consumo actual (últimos 30 días) (ESTUDES, 2012).

Como podemos ver en la Tabla 4 el análisis de las diferentes sustancias en función del sexo, teniendo en cuenta los tres indicadores (alguna vez en la vida, los últimos 12 meses y en los últimos 30 días), muestran diferencias significativas según género. Los chicos consumen más sustancias ilegales mientras que las chicas consumen más tabaco, alcohol y tranquilizantes sin receta.

Tabla 4

Prevalencia de consumo por sexo en estudiantes de 14 a 18. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2012

	Alguna vez		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Alcohol	80,8	85,3	79,3	83,3	70,6	73,5
Tabaco	40,3	50,5	32,7	41	27,6	34,9
Cannabis	36,2	35,9	30,6	26,7	18,9	14,9

Hipnosedantes sin receta	6,3	10,7	4,1	7	2,8	4,3
Alucinógenos	5,3	2,2	3,9	1,2	2,2	0,4
Cocaína en polvo y/o base	5,3	2,4	3,5	1,3	2,5	0,8
Inhalables y volátiles	5,3	2,4	1,3	1,1	0,9	0,6
Éxtasis	4,2	2,3	3,3	1,3	1,7	0,4
Speed o anfetaminas	2,6	1,4	1,9	1	1	0,6
Heroína	1,7	0,7	1,3	0,6	1	0,5

Fuente: Adaptado de ESTUDES 2012/ 2013 de la DGPNsD.

Como vemos en la Tabla 5 la proporción de consumidores aumenta con la edad entre los 14 y 18 años. Cocaína y éxtasis experimenta el mayor incremento entre los 16 y los 18 años y el cannabis entre los 14 y los 16 años.

Tabla 5

Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses por edad en estudiantes de 14 a 18. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2012

Sustancias	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Alcohol	62,8	72,1	81,6	89,1	92,2
Tabaco	26,6	29,9	34,6	41,3	48,4
Cannabis	12,7	17,8	27	37,2	40,9
Hipnosedantes sin receta	2,8	3,1	5,6	7,2	7,6
Alucinógenos	1,1	1,9	2,2	2,7	4,4
Cocaína en polvo y/o base	1,3	2,1	1,7	2,4	4,6
Inhalables y volátiles	1,8	1,2	1,7	1,3	0
Éxtasis	1	1,7	1,7	2,4	4,2
Speed o anfetaminas	0,8	1,2	1	1,7	2,2
Heroína	1,1	0,8	1,1	1,4	0

Fuente: Adaptado de ESTUDES 2012/ 2013 de la DGPNsD.

Por otro lado en la Tabla 6 vemos como aumenta la edad media de inicio en el consumo. Los inhalables volátiles, el tabaco y el alcohol son las sustancias de inicio más precoz. Las anfetaminas, alucinógenos y éxtasis son las que se inician más tardíamente.

Tabla 6

Evolución de la Edad Media de inicio al consumo de cada sustancia en la Comunidad de Madrid en estudiantes de 14 a 18. ESTUDES 2006-2012

Sustancias	Edad media de inicio 2006	Edad media de inicio 2008	Edad media de inicio 2010	Edad media de inicio 2012
Alcohol	13,7	13,7	13,5	13,9
Tabaco	13,2	13,2	13,8	13,7
Cannabis	14,5	14,6	14,7	15
Hipnosedantes sin receta	14,1	13,9	13,8	14,5
Alucinógenos	15,1	15,1	15	15,4
Cocaína en polvo y/o base	15,3	15,1	14,1	15,2
Inhalables y volátiles	13,6	13,5	12	13,1
Éxtasis	15,3	14,8	14,4	15,4
Speed o anfetaminas	15,6	15,2	14	15,4
Heroína	14,1	14	12	14,8

Fuente: Adaptado de ESTUDES 2012/ 2013 de la DGPNSD.

En cuanto al policonsumo, como vemos en la Tabla 7 el 36% de los estudiantes madrileños afirmó haber consumido 2 o más sustancias en el último mes siendo este porcentaje superior en mujeres (39,5%) que en hombres.

Tabla 7

Consumo de sustancias psicoactivas (legales o ilegales) por sexo en estudiantes de 14 a 18. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2012

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		últimos 30 días	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Una sola sustancia	31,2	25,8	38	33,8	40,3	37,3
Dos sustancias	20,2	24,7	17,8	24,9	15,8	24,8
Tres sustancias	19,4	23,8	16,9	19,7	12,6	12,6
Cuatro o más sustancias	12,3	13,1	8	6	4	2,1

Fuente: Adaptado de ESTUDES 2012/ 2013 de la DGPNSD.

En cuanto al riesgo percibido aumenta en todas las sustancias excepto para el alcohol. De hecho, junto con el cannabis y los tranquilizantes son consideradas las sustancias menos peligrosas. Esta percepción de menor riesgo con respecto al alcohol aumenta con la edad.

En cuanto a los problemas relacionados con el consumo de drogas en los últimos 12 meses un 20,1% de los estudiantes madrileños de 14 a 18 años se vieron implicados en peleas o agresiones físicas, un 12,8% necesitaron asistencia médica o sanitaria urgente, un 7,4% fueron detenidos por policía o guardia civil y un 3,8 sufrió un accidente de tráfico siendo el conductor del vehículo. (ESTUDES, 2012).

La permisividad de los padres y el consumo de alcohol guarda relación. Si los padres no permiten que consuman alcohol se presenta una mayor probabilidad de que sus hijos e hijas no consuman la sustancia frente a aquellos que sus padres si les permiten beber. (ESTUDES, 2012).

Con el tabaco existe una relación inversa respecto a su consumo y la convivencia con personas fumadoras. Convivir con gente no fumadora aumenta las probabilidades de no fumar a diario. (ESTUDES, 2012).

Por último hay relación entre la frecuencia de salidas nocturnas y hora de llegada a casa y consumo de sustancias. Hay más salidas nocturnas en el alumnado con mayor consumo de sustancias ilegales y la llegada a casa en éstos es más tardía. (ESTUDES, 2012).

Las vías de información que refieren son las charlas o cursos (64,8%), las madres (63,4%) y los padres (51,7%). Además, los jóvenes madrileños prefieren como vía de información los profesionales sanitarios (45,3%) y charlas o cursos (43,6%). Habría que destacar el papel de internet en los últimos años como vía de recepción de información. De hecho, cuando se les pregunta por la valoración de acciones encaminadas a resolver el problema de las drogas la educación en las escuelas es la intervención más valorada (96,2%). (ESTUDES, 2012).

Según datos recogidos por el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD, a partir de ahora) la prevención en España se centra en la persona y se trabaja a través de la educación y de la sensibilización. Dentro de la prevención universal, el ámbito educativo es el que tiene más peso. Han aumentado las intervenciones centradas en el alcohol. (ESTUDES, 2012).

En la Tabla 8 se muestra como la cobertura de los programas de prevención estructurados está en descenso reduciéndose el número de alumnos que participan en los mismos y disminuyendo también el número de profesores formados en esta materia.

Tabla 8

Número de participantes en programas de prevención en estudiantes de 14 a 18. España, 2008-2012.

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de escolares en programas estructurados	1.602.821	1.394.755	1.512.735	1.296.106	1.162.476
Número de escolares en actividades puntuales	400.000	435.499	994.739	438.612	500.163
Número de profesores participantes	30.180	68.043	67.078	55.986	46.589
Número de familiares	152.822	172.923	219.260	131.332	72.122*
Número de menores en riesgo	41.489	37.352	45.861	74.388	82.610
Número de participantes en programas de ocio alternativo	565.650	495.857	404.692	296.049	293.365

* 55.476 padres y madres participan en programas estructurados; 16.646 en actividades puntuales.

Fuente: Datos facilitados por los Planes Autonómicos de Drogas.

El daño social y sanitario de los problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas lo podemos ver de diferentes maneras:

1. Una persona cuyo consumo alcanza el nivel de adicción es una persona con una enfermedad.
2. La incidencia de episodios de intoxicación aguda.
3. Contagio de enfermedades como VIH, virus de hepatitis a través de compartir medios de administración.
4. Apareciendo enfermedades cuya causa directa es el consumo de drogas o un factor de riesgo decisivo, así ocurre con el tabaco, alcohol, la cocaína, el cannabis y otras sustancias y su relación directa con ciertas enfermedades neoplásicas, cardiovasculares, hepáticas, mentales y neurológicas.

5. Otras circunstancias como accidentes laborales, accidentes de tráfico, violencia machista o maltrato infantil en los que el consumo de alcohol u otras sustancias están en el origen.

La forma de obtener datos sobre este consumo problemático de drogas es a través del indicador del número de sujetos en tratamiento por consumo de drogas; indicador de urgencias hospitalarias por consumo de drogas e indicador de mortalidad por reacción agudas a sustancias psicoactivas.

De la revisión de los datos obtenidos en las EDADES y las ESTUDES podemos ver como existe un uso de las diferentes sustancias por parte de la población general y estudiantil tanto en España como en la CAM. La realidad que reflejan ambas encuestas es que la edad de inicio en el consumo de drogas corresponde con la etapa educativa. En la investigación llevada a cabo para el desarrollo de esta tesis la población objeto de estudio abarca desde Educación Infantil hasta Educación Secundaria Obligatoria (ESO a partir de ahora). En esta etapa del desarrollo del individuo las intervenciones se hacen en su mayor parte a través de programas de prevención de consumo de sustancias en el ámbito educativo y es en estos programas donde se desarrollan estrategias para intervenir sobre los factores de riesgo y protección que son el eje principal de nuestra evaluación.

CAPÍTULO 2: TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Para abordar el problema de consumo de sustancias se han desarrollado múltiples teorías y modelos que se citan a continuación en la Tabla 9 elaborada según la clasificación hecha por Becoña y Martín (2009).

Tabla 9
Teorías y modelos explicativos del consumo de sustancias

ENFOQUE	TEORÍAS	
PARCIALES O BASADAS EN POCOS COMPONENTES.	Biológicas	Adicción con sustrato biológico.
		Hipótesis de la automedicación.
	Salud pública	Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia.
		Condicionamiento Clásico.
		Condicionamiento Operante.
	Aprendizaje	Teoría del Aprendizaje Social.
		Teoría de la acción razonada. Fishbein y Ajzen (1975). ^a
		Teoría de la conducta planificada. Ajzen (1988). ^a
	Psicológicas basadas en causas intrapersonales	Modelo de mejora de la estima de Kaplan, Johnson, & Bailley (1986) a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996).
		Modelo basado en la afectividad de Pandina, Jonhson & Labouvie. (1992).
	Basadas en la familia y enfoque sistémico. Waldrom (1998).	
TEORÍAS DE ESTADIOS Y EVOLUTIVAS.	Modelo social de Peele (1985).	
	Otros modelos teóricos.	Modelo de Becker.
		Modelo de Burgess.
		Modelo de afrontamiento del estrés de Wills.
	Modelo evolutivo de Kandel (1975).	
TEORÍAS INTEGRATIVAS Y COMPRENSIVAS.	Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente (1994).	
	Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim , Crutchfield, Williams & Hepler (1998).	
	Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996).	
	Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996).	
	Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz (1992).	
	Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos (1996).	
	Teoría de la socialización primaria de Oetting & Donnermeyer (1998).	

	Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura (1986).
	Modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins (1996).
	Teoría interaccional de Thornberry (1996)
	Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977). ^a
	Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor (1991). ^a
	Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin (1999).
	Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat, Amengual, Farres, Mejías & Borrás (1995).
	Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1995).
	Modelo de autocontrol de Santacreu , Froján, & Hernández (1992).
	Modelo comprensivo y secuencial de las fases para el consumo de drogas en la adolescencia (Becoña, 1999). ^a

Fuente: Adaptado y ampliado de Becoña 1999.

Nota^(a): Teorías y modelos en los que se basa el programa de prevención de las drogodependencias “Prevenir para Vivir”.

A continuación pasamos a mencionar las teorías en las que se ha basado el programa de prevención de las drogodependencias en el ámbito educativo “Prevenir para Vivir” (en adelante, PPV) objeto de evaluación en esta investigación.

2.1- TEORÍAS ACTITUD-CONDUCTA

2.1.1.- Teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975)

Asume que las personas son racionales y hacen un uso sistemático de la información de la que disponen. La voluntad y la intención de ejecutar o no una conducta determinan la acción de la misma. Esta intención o voluntad tiene dos componentes uno de naturaleza personal que es la “actitud hacia la conducta” y tiene que ver con la valoración positiva o negativa hacia la conducta. El segundo componente es de carácter social y tiene que ver con la “presión social” que percibe el individuo para ejecutar o no la conducta. Por lo tanto el individuo ejecutará la conducta si la evalúa positivamente y cuando cree que personas importantes para él la llevarían a cabo (Megías, 2007). Fue una teoría muy utilizada en los años 70 y 80. Se utiliza para evaluar los elementos actitudinales y la intención conductual. Esta teoría explica conductas que están totalmente bajo el control de la persona. Pero muchas conductas escapan al control ya que requieren oportunidades, recursos o habilidades que la persona no tiene.

2.1.2.- Teoría de la conducta planificada de Azjen (1998)

Como vemos en la Figura 7 la Teoría de la conducta planificada de Azjen Intenta dar solución a este problema añadiendo el concepto de “control de conducta percibido”.

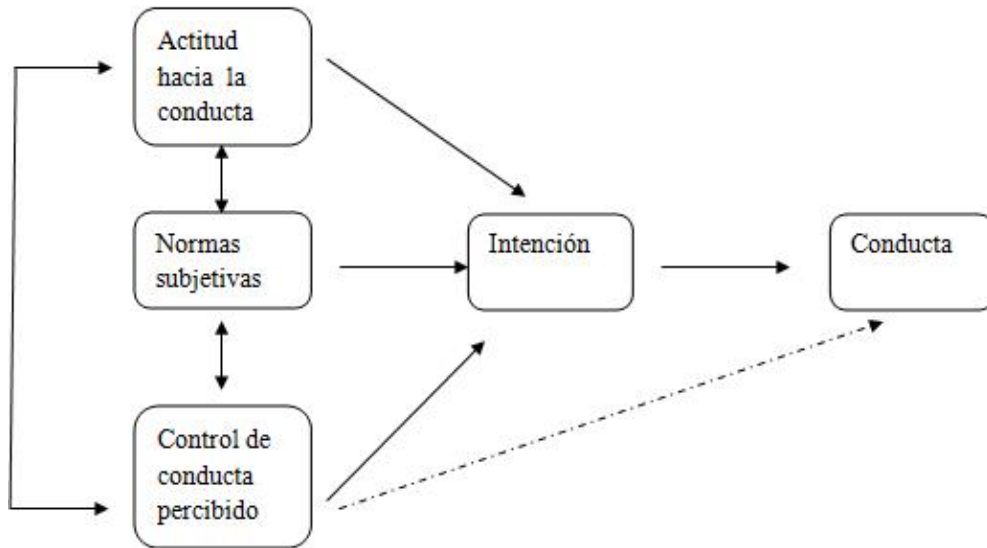


Figura 7

Teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1988). Fuente: Adaptado de Megías y Méndez (2007) Prevenir para Vivir. Guía didáctica. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción. FAD

2.2.- TEORÍAS INTEGRATIVAS Y COMPRENSIVAS

2.2.1.- Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977)

La idea central es que se deben reducir los factores de riesgo y fomentar los factores de protección para cambiar los estilos de vida especialmente en personas que viven en ambientes sociales adversos. Apunta como el contexto social tiene parte de responsabilidad y no sólo el individuo. Este contexto potencia, en algunos casos, conductas de riesgo. Por lo tanto, en entornos de riesgo donde existe pobreza, desigualdad y discriminación también se puede intervenir. En la Figura 8 vemos las relaciones entre los componentes de la teoría.

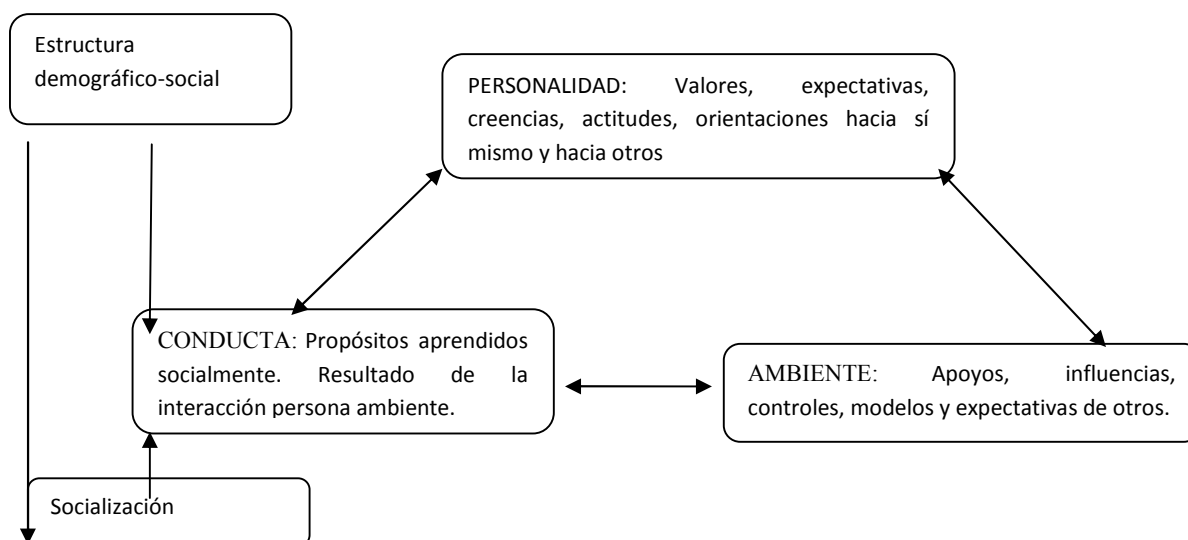


Figura 8

Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977). Fuente: Adaptado de Megías y Méndez (2007) Prevenir para Vivir. Guía didáctica. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.FAD.

2.2.2.- Teoría para la conducta de riesgo en los adolescentes Jessor (1992)

La teoría de la conducta sufrió reformulaciones hasta crearse una nueva. Es la Teoría para la conducta de riesgo en los adolescentes de Jessor (1992). Como vemos en la Figura 9 en esta teoría se tienen en cuenta los factores de riesgo y protección, las “conductas de riesgo” y los “resultados de riesgo”. Esta teoría sigue un modelo psicosocial donde se pone énfasis en la propia conducta como factor de riesgo. Se entiende conducta de riesgo como cualquier conducta que comprometa el desarrollo personal y la adaptación social durante la adolescencia. Una conducta de riesgo puede poner en peligro una normal realización del desarrollo de la persona, el cumplimiento de los papeles socialmente esperados, la adquisición de habilidades esenciales, el logro de un sentido de competencia, y una adecuada preparación para el tránsito a la juventud y a la vida adulta. El abuso de sustancias es una de las conductas de riesgo existente. Esta teoría integradora plantea cinco dominios: factores genéticos y biológicos, el entorno social, el entorno percibido, la personalidad y la conducta (Megías, 2007).

DOMINIOS	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
BIOLÓGICO/GENÉTICOS	Historia familiar de alcoholismo	Alta inteligencia
MEDIO SOCIAL	Pobreza Anomia normativa Desigualdad Oportunidades ilegítimas	Escuelas de calidad; Cohesión familiar Recursos en el barrio. Adultos interesados
MEDIO PERCIBIDO	Modelos de conducta desviada Conflictos normativos entre padres y amigos	Modelos de conducta convencional Fuertes controles de la conducta desviada
PERSONALIDAD	Pocas oportunidades vitales percibidas baja autoestima Tendencia a correr riesgos	Valoración del riesgo; Valoración de la salud Intolerancia de la desviación
CONDUCTA	Problemas con el alcohol; pobre ejecución escolar	Asistencia a la iglesia Implicación en las escuelas y clubs voluntarios

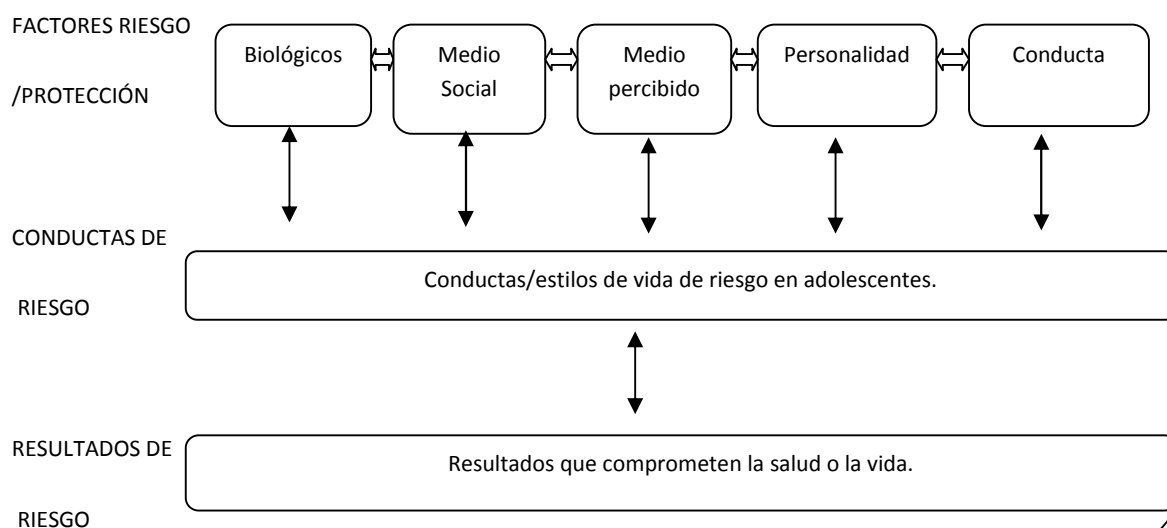


Figura 9

Modelo conceptual para la conducta de riesgo en adolescentes: factores de riesgo y protección, conducta de riesgo y resultados de riesgo (Jessor, 1992). Fuente: Adaptado de Megías y Méndez (2007) Prevenir para Vivir. Guía didáctica. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción. FAD.

2.3.- MODELO COMPRENSIVO E INTEGRADOR DEL CONSUMO DE DROGAS DE BECOÑA (1999, 2002)

Diferencia cinco etapas en la relación del individuo con las drogas. En la Figura 10 mostramos el modelo:

1. Fase previa o de predisposición: Etapa anterior al consumo donde factores biológicos, psicológicos y socio-culturales interactúan.
2. Fase de conocimiento: Durante esta fase el ambiente (familia, escuela, grupo de amigos, medios de comunicación, etc.) ejercen una fuerte influencia. Facilitan que se creen expectativas, adquirir pautas de conducta, creencias, normas, etc., a través de dos procesos continuos: el aprendizaje y la socialización.
3. Fase de experimentación e inicio al consumo: Lo vemos cuando se hace o no un consumo de sustancias influyendo para que esto se produzca los factores de riesgo y protección. Muy importante es la percepción de riesgo que tenga la persona que hace el consumo. Un programa de prevención escolar debe actuar en este punto para que los individuos perciban de forma clara los riesgos derivados del consumo de sustancias. Las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones de las personas están muy relacionados con el hecho de que se produzca un primer consumo. Por lo tanto los factores de riesgo y protección están muy asociados con el proceso de socialización, aprendizaje y desarrollo de expectativas.
4. Fase de consolidación: En función de las consecuencias negativas o positivas del consumo de drogas se tomará la decisión de mantener o no la conducta. La aceptación o rechazo de familia e iguales así como los efectos sobre el propio individuo influyen en la decisión de abandonar el consumo o pasar al abuso y después a la dependencia.
5. Fase de mantenimiento o abandono: Cuando se consolida el consumo habrá individuos que mantendrán el mismo durante mucho tiempo, mientras que otros lo abandonarán por diferentes causas, pudiendo existir en estos últimos nuevos consumos (recaídas).

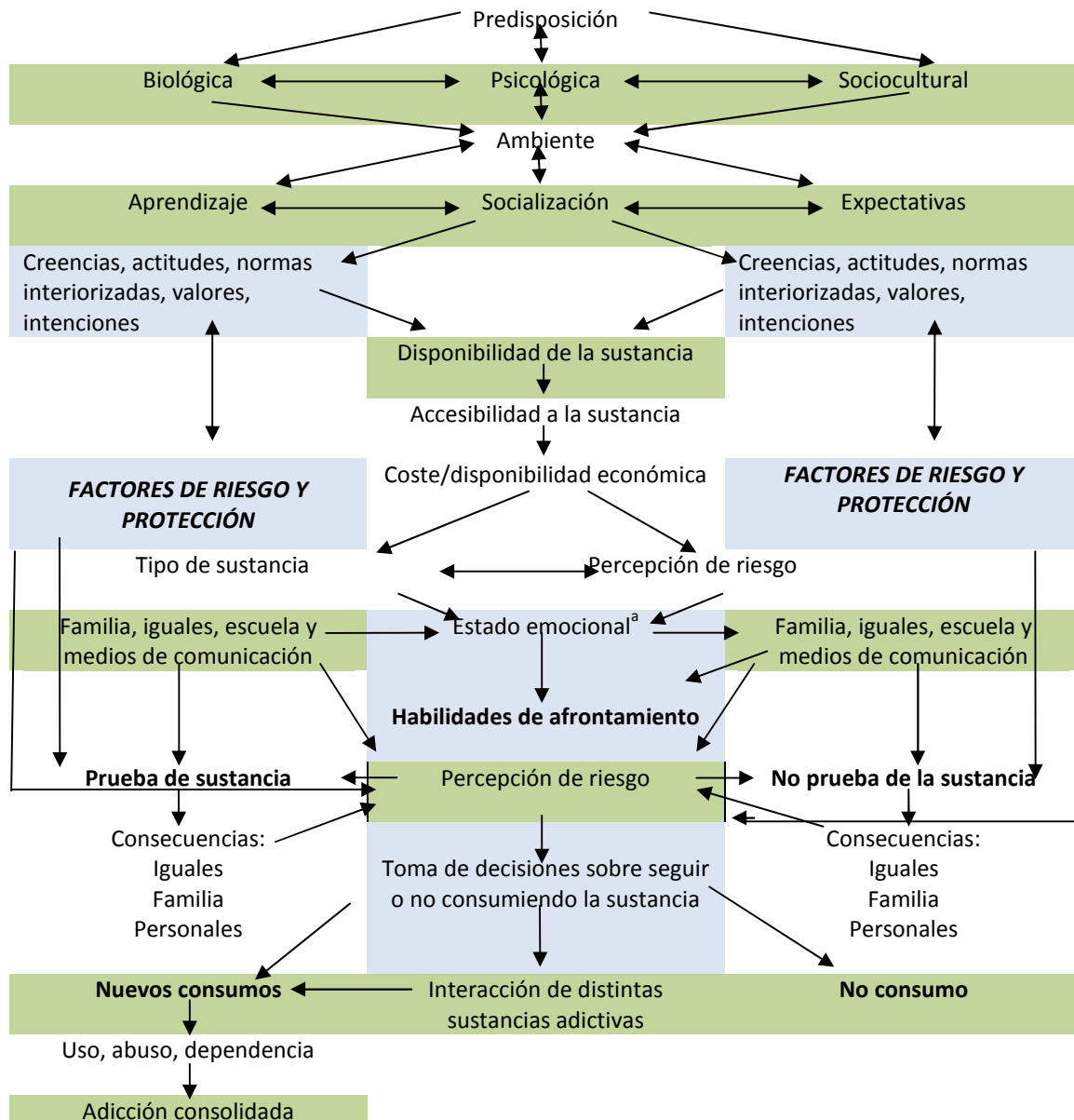


Figura 10

Modelo comprensivo e integrador del consumo de drogas, Becoña(1990, 2002). Fuente: Adaptado de Megías y Méndez (2007) Prevenir para Vivir. Guía didáctica. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.FAD

Podemos concluir este apartado sobre las teorías y modelos en prevención destacando la sólida base teórica sobre la que se sustenta la evaluación y desarrollo de programas de prevención de drogodependencias siendo ésta una reciente disciplina científica. Gracias a estas teorías y modelos se han desarrollado múltiples intervenciones que cumplen el criterio de calidad necesario de tener como base dichas teorías y modelos.

En la mayoría de las teorías en las que se basa el programa PPV observamos como las influencias de los llamados factores de riesgo y factores de protección, que son el

objeto de estudio de esta tesis, juegan un papel determinante para el ulterior desarrollo de conductas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

CAPÍTULO 3: ¿QUÉ ES PREVENCIÓN?

Tabla 10

Formas de abordar el problema de las drogodependencias

Reducción de la demanda	Prevención
	Disminución del riesgo y reducción del daño
	Asistencia e integración social
Reducción de la oferta	
Mejora del conocimiento científico básico y aplicado	
Formación	
Cooperación internacional	

La manera más eficaz para intervenir con la infancia y con la adolescencia en contra de las drogodependencias es a través de la prevención.

Según el diccionario de la lengua española (vigésima segunda edición) prevención proviene del latín *praevenīre*. En su primera acepción nos describe que es la acción y el efecto de prevenir. En la segunda acepción es la preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo. Englobaría los siguientes puntos:

- ✓ Precaver, evitar, estorbar o impedir algo.
- ✓ Advertir, informar o avisar a alguien de algo.
- ✓ Anticiparse a un inconveniente, dificultad u objeción.
- ✓ Disponer con anticipación, prepararse de antemano para algo.

Podemos entender la prevención de las drogodependencias como las acciones y los efectos que se obtienen a través de las intervenciones que buscan cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo la evitación del inicio al uso de drogas, como la progresión a un uso más frecuente (Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez, y Martínez, 2004). Es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas (Martín, 1995). En la Tabla 11 exponemos cuales son los objetivos de la prevención.

Tabla 11

Objetivos de la prevención de drogodependencias

Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas.
Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Fuente: Adaptado de Ammerman, Ott, Tarter, & Blackson, 1999; Martín, 1995; Estrategia de Acción sobre Drogas 2009-2016

Lo que se busca con la prevención es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman y cambiar el contexto ambiental modificando también la interacción entre ambos (Becoña, 2011).

Según el mismo autor (Becoña, 2009), hay un modelo teórico subyacente a la prevención que se fundamenta en lo que conocemos sobre la etiología del consumo de drogas:

- ✓ Hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento del consumo de las distintas sustancias en unas personas con respecto a otras.
- ✓ Hay una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte importante de los que consumen las primeras con respecto de los que no consumen.
- ✓ Hay una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas que modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias.

En la actualidad la clasificación de la prevención ha cambiado de la tradicional proveniente del paradigma sanitario, hecha por Caplan (1980), el cual diferenciaba entre prevención primaria, secundaria y terciaria a la hoy día utilizada en la prevención de las drogodependencias por Gordon (1987): la universal, la selectiva y la indicada. (Tabla 12).

Tabla 12

Tipos de prevención según la conceptualización clásica y la más actual en drogodependencias

TIPOS DE PREVENCIÓN SEGÚN LA CONCEPTUALIZACIÓN CLÁSICA Y LA MÁS ACTUAL EN DROGODEPENDENCIAS		
Conceptualización	Tipo de prevención	Definición
CLÁSICA	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas
ACTUAL	Universal	Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción (ej., chicos de 12 a 14 años de edad)
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo

Fuente: Adaptado de Becoña (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Valencia. Socidrogalcohol.

3.1- Prevención Universal

En este tipo de prevención, el objetivo de intervención es la totalidad de la población, aparecen ventajas y desventajas. Por ejemplo, dentro del entorno escolar se intervendría con niños que no tendrían problemas en el futuro. El beneficio obtenido es muy pequeño y en los individuos que ya estén en riesgo puede que la intensidad o la duración no sea suficiente. Un programa universal tendría mayor impacto sobre individuos con bajo riesgo según Windle y Windle (1999). Otra ventaja de este tipo de prevención es su capacidad de prevenir múltiples problemas a la vez. Se ha comprobado que muchos programas preventivos se asociaban aparentemente con bajos efectos sobre problemas psicológicos, de abuso de drogas, fracaso escolar o delincuencia, pero sin embargo, influían sobre otros factores de riesgo asociados a dichos problemas (González, Fernández, y Secades, 2004). Este tipo de prevención en las escuelas y ámbito comunitario es el modelo de intervención dominante en la Unión Europea, y absorbe la mayor parte de recursos relacionados con la prevención (Burkhart, 2006).

3.2.- Prevención Selectiva

El riesgo en estos individuos es mayor que la media. Serían, por ejemplo, jóvenes infractores, niños o jóvenes no escolarizados o en riesgo de abandonar el sistema educativo, jóvenes que hacen un uso experimental de drogas (Burkhart, 2006). Un ejemplo de intervención selectiva puede ser el entrenamiento en técnicas de estudio para alumnos con dificultades académicas (González et al. 2004).

3.3.- Prevención Indicada

Dirigido a individuos con alto riesgo. Presentan señales de que hay un problema en el cual hay que intervenir. Es más intensa y costosa que las dos anteriores. Ya presentan consumo o tienen problemas de comportamiento, aunque todavía no cumplan los criterios diagnósticos. Se pretende prevenir o reducir el uso continuado de sustancias puesto que los menores ya están teniendo consumos sistemáticos de drogas o/y han desarrollado importantes trastornos de conducta o autocontrol (Arbex, 2002). Un ejemplo son los programas de autocontrol para niños con problemas de conducta. Es un planteamiento educativo intensivo, con atención individualizada. Muchos profesores no se sentirán preparados para desarrollar esta prevención necesitando la ayuda del Departamento de Orientación.

3.4.- Prevención Ambiental

En la publicación *“European drug prevention quality standards”* (2011) del European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (a partir de ahora, EMCDDA), se incluye la Prevención Ambiental cuyo objetivo es alterar el entorno cultural, social, material y económico más inmediato en el que las personas toman sus decisiones sobre el consumo de drogas (Tabla 13). Hay evidencia de que un buen clima escolar puede ser eficaz para cambiar creencias normativas y en consecuencia el consumo de sustancias (Fletcher, Bonell y Hargreaves, 2008).

Las medidas preventivas que se toman desde este tipo de prevención no son siempre populares. Ejemplos son los impuestos y normas establecidos por el gobierno de los diferentes países para controlar la edad permitida de inicio de consumo. En

España la ley antitabaco y el reciente manifiesto contra el consumo de bebidas alcohólicas por menores son dos ejemplos de medidas de prevención ambiental.

La prevención ambiental debe establecer normas que influirían en las futuras decisiones de los adolescentes a la hora de consumir drogas.

Tabla 13

Tipos de prevención según European drug prevention quality standards (2011) EMCDDA.

TIPOS DE PREVENCIÓN SEGÚN EUROPEAN DRUG PREVENTION QUALITY STANDARDS (2011) EMCDDA	
Universal	Se interviene en la población en general. Pretende evitar o retrasar el primer consumo de una sustancia
Selectiva	Se interviene con individuos vulnerables. El riesgo de consumir sustancias está por encima de la media
Indicada	Se interviene con individuos con problemas psiquiátricos, problemas escolares o que ya muestran signos de uso problemático de drogas
Ambiental	Se interviene en la sociedad como sistema. Aspectos normativos, económicos y sociales

Fuente: Adaptado de European Drug Prevention Quality Standards (2011) EMCDDA

Podemos clasificar también la prevención como: escolar, familiar, comunitaria laboral y otras (Becoña, 2011).

La prevención desde este punto de vista ecológico dirige la acción interventora a las causa del problema y no sólo a sus manifestaciones. Se entiende la prevención como acción fortalecedora de los factores de protección y reductora de los factores de riesgo. Esta acción preventiva debe comenzar desde la infancia orientándose al desarrollo integral del individuo y no únicamente a la evitación de una conducta concreta (Pons y Buelga, 2011).

3.5.- Prevención Escolar

En nuestro país es el ámbito más activo e importante en la prevención de drogodependencias. Se puede llegar a la infancia y adolescencia en su conjunto como población. El consumo de drogas experimental suele comenzar cuando el individuo se encuentra escolarizado y a través del espacio formal de educación se pueden abordar estos comportamientos. Entendemos prevenir como educar ya que a través de la prevención fomentamos diferentes tipos de habilidades y capacidades que

funcionaran como protección ante situaciones de riesgo. El profesorado, además, es personal cualificado para observar y detectar las posibles situaciones de riesgo o vulnerabilidad y puede intervenir desde la prevención.

Dentro del sistema educativo español con la LOGSE que es la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (1999), se introdujo la Educación para la Salud de forma transversal que incluye la prevención de las drogodependencias a través de los programas de prevención.

3.6.- Prevención Familiar

En la infancia y adolescencia la familia junto con la escuela es otro de los grandes agentes socializadores. Existe multitud de datos que relacionan el consumo de sustancias con el tipo de educación familiar que reciben los individuos (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Velleman, Templeton y Copello, 2005).

Los principios preventivos efectivos en el ámbito familiar según el Center For Substance Abuse Prevention (2001):

- ✓ Incluir toda la familia.
- ✓ Fomentar el apego entre los pares.
- ✓ Ayudar a las minorías étnicas a responder a cuestiones culturales y raciales.
- ✓ Desarrollar en padres habilidades de crianza.
- ✓ Enfatizar el apego familiar.
- ✓ Ofrecer sesiones para que padres y jóvenes ensaïen las habilidades aprendidas.
- ✓ Enseñar a padres y madres a escuchar a sus hijos/as.
- ✓ Enseñar a los padres/madres a utilizar la disciplina de forma positiva y consistente.
- ✓ A través de técnicas interactivas promover nuevas habilidades de comunicación.
- ✓ Ayudar a vencer las dificultades que impiden a los padres/madres acudir a los programas de prevención.
- ✓ Apoyo intensivo para mejorar habilidades de crianza y la conducta de los niños.
- ✓ Cuando sea necesario mejorar el funcionamiento familiar a través de terapia familiar.

- ✓ Si es necesario, utilizar locales alternativos al colegio para realizar los programas.
- ✓ Usar videos para entrenar y educar en habilidades de crianza de los hijos puede ser efectivo y coste-eficiente.

3.7.- Prevención Comunitaria

Se pretende intervenir a través de la prevención del consumo en una comunidad concreta. El objetivo es que a través de las normas se lancen mensajes a favor de las conductas saludables y en contra del abuso de sustancias. El programa comunitario suele englobar diferentes componentes: educativo, familiar, laboral, etc., que coordinados dentro del programa comunitario aúnan poder preventivo.

Actualmente debido a que el consumo de sustancias se ha convertido en un consumo recreativo muchas de las estrategias de prevención comunitaria consisten en la generación de alternativas de ocio y tiempo libre saludables.

3.8.- Prevención Laboral

A través de las administraciones, sindicatos y asociaciones patronales se ha fomentado este tipo de prevención debido al consumo de diferentes sustancias (sobre todo alcohol y tabaco) en algunos sectores laborales que se relacionan con la accidentabilidad laboral (Calafat, 2002). En España, se creó en 1997 la “Comisión Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral” que reúne al PNSD, a los principales sindicatos y a organizaciones empresariales. Se interviene a través de actividades informativas o de sensibilización, formación de mediadores o actividades para detectar precozmente un problema y motivar a las personas para acudir a tratamiento.

3.9.- Otras

A través de los medios de comunicación social mediante mensajes que deben ser objetivos, claros, fiables para que creen opiniones preventivas adecuadas y se corrijan falsos mitos o creencias sobre las drogas, consumidores etc.

Prevención en el ámbito militar ya que gran parte de los que forman las fuerzas armadas son jóvenes, etapa de la vida en la que la probabilidad de consumo de drogas es alta.

En el ámbito de salud la prevención se orienta a formar a profesionales sanitarios para la detección precoz de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y así poder intervenir o bien desde la prevención o bien desde la derivación a los recursos que traten el problema de consumo de sustancias.

La prevención en centros penitenciarios, centros de protección y reforma de menores en los cuales existen consumo de sustancias y por lo tanto sería intervenir desde la prevención selectiva o indicada.

Por último mencionar la prevención en contextos recreativos nocturnos que empieza a tener relevancia como podemos ver en los resultados de los estudios llevados a cabo por Calafat, Fernández Gómez, Juan y Becoña (2007); Calafat y Members of the Pompidou Group Prevention Platform (2010)

CAPÍTULO 4: ¿QUÉ ES UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN?

Es un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios, aplicados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados - impedir o retrasar las conductas de consumo, uso y abuso de drogas- a partir de una población concreta. Debe responder a necesidades previamente valoradas, dirigirse a poblaciones definidas, sustentarse en modelos teóricos contrastados y validados, marcar objetivos realistas y concretos y ser susceptibles de evaluación (Becoña y Martín 2009).

4.1.- Evolución y estrategias empleadas en los programas preventivos

En la década de los 60 el modelo predominante fue el que tenía como objetivo dar información. Según este modelo la falta de información haría que se desarrollaran los problemas con las sustancias. Los individuos carecían de los conocimientos relacionados con las drogas (consecuencias negativas, efectos etc.), Por lo tanto si se proporcionaba información el problema desaparecería (Becoña, 2002).

En la década de los 70 debido a la ineficacia de los programas orientados a dar información y utilizar el miedo como herramienta para evitar el consumo de sustancias se pasó a un tipo de programas donde el punto de mira fueron las características afectivas. Las personas consumidoras es probable que tuvieran déficit en su personalidad. Los individuos tienen conocimientos que hay que cambiar e intervenciones sobre clarificación de valores o la autoestima empezaron a ser usados. Ejemplos de este tipo de intervención son las charlas de expertos, ver una película relacionada con el tema, etc. Se busca una concordancia entre el conocimiento, la actitud y la conducta (Becoña, 2002).

En la década de los 80 aparecen los programas basados en la teoría de la Influencia Social. Teorías de aprendizaje social de Bandura (1986), de la psicología social de Evans (1976) y estudios sobre los antecedentes del consumo de drogas de Jessor y Jessor (1977) nos dicen que la conducta de consumo de sustancias viene determinada por una serie de factores de riesgo que podemos encontrar en el ambiente, en la personalidad del individuo o en la conducta del mismo. Modelos de habilidades generales en el cual se entrena a los individuos en diferentes habilidades,

no solo en habilidades específicas del rechazo de sustancias. Un ejemplo es el programa de Entrenamiento en Habilidades para la Vida “Life Skills Training” (LST) de Botvin (Botvin, Epstein, Baker, Diaz, Ifill, Miller y Cardwell 1997). En este programa multicomponente se entrena en habilidades sociales, en manejo de la ansiedad, mejora de la autoestima, manejo de la presión de grupo, facilitación de información sobre sustancias entre otras actividades.

Programas basados en la evidencia científica son los que actualmente están siendo desarrollados en su mayoría. Los programas preventivos deben ser evaluados y mostrar su eficacia. Hay que demostrar empíricamente que producen los efectos buscados. Existe una progresión cronológica y científica en las estrategias usadas que podemos ver en la Tabla 14. Hoy día se utilizan conjuntamente.

Tabla 14
Estrategias utilizadas en la Prevención de las Drogodependencias

TIPO DE ESTRATEGIA EMPLEADA EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN	DESCRIPCIÓN
Informativas	Farmacología, consecuencias del consumo. Se piensa que a más información objetiva menos consumo y más actitudes desfavorables hacia el consumo de drogas. Ejemplos son folletos informativos, charlas, películas.
Educación afectiva	Promover el desarrollo afectivo. Enfoque cognitivo. Aumento del autoconocimiento y aceptación de uno mismo.
Generación de alternativas	Actividades contrapuestas al consumo de drogas: musicales, deportivas, grupos de encuentro, etc.
Habilidades de resistencia social	“Inoculación psicológica”. Trabaja la presión social. Enseñar habilidades de resistencia a la presión de iguales y medios de comunicación social.
Aprendizaje competencias	Habilidades personales y sociales para enfrentarse a los problemas de la vida. Solución de problemas y toma de decisiones, resistencia a la presión interpersonal, incremento del autocontrol y autoestima, manejo estrés y ansiedad, asertividad.
Control/protección	Modificar normas comunitarias escritas o establecidas culturalmente, actitudes comportamientos. Leyes, medidas económicas, control de las sustancias, distribución, comercialización. Se pretende disminuir la demanda.
Diseño ambiental	Se pretende una atmósfera social y servicios comunitarios más efectivos.

	Modificar el entorno escolar, lugar de trabajo, barrio.
--	---

Fuente: Adaptado de Becoña y Martín (2009)

4.2.- Programas de Prevención en el Ámbito Educativo

Los programas de prevención de drogodependencias en el **ámbito educativo** según Becoña y Martín (2009) deben tener unos componentes básicos. Componentes que gracias a la investigación llevada a cabo estudiando los factores de riesgo y de protección, hoy podemos saber qué parecen efectivos. En la Tabla 15 hacemos el listado de los mismos.

Tabla 15

Componentes básicos de los programas de prevención de drogodependencias

Componente	Descripción
Cognitivo	Información sobre sustancias, consecuencias y prevalencias de consumo
Autoimagen y autosuperación	Trabajar la imagen que se crea de sí mismo el individuo
Solución de problemas y toma de decisiones	Se enseñan formas y estrategias para que el individuo tenga las habilidades necesarias para afrontar los problemas de la vida. Enseñando también el pensamiento crítico
Control emocional	Control de ansiedad, manejo de ira y estrategias de afrontamiento (relajación, pensamiento positivo...)
Entrenamiento en habilidades sociales	Habilidades generales para la vida como habilidades de comunicación, entrenamiento en asertividad, habilidades para el rechazo del consumo de drogas
Alternativas de ocio saludable	Para satisfacer la necesidad de búsqueda de sensaciones
Tolerancia y cooperación	Respeto y reconocimiento de las diferencias. Importancia del trabajo en equipo y fomentar actitudes prosociales
Intervención familiar	Trabajar las habilidades de comunicación familiar así como el establecimiento de normas y límites

Fuente: Adaptado de Becoña y Martín (2009)

En este apartado hemos visto como a pesar de que la ciencia de la prevención es un campo relativamente joven, existe una evolución y desarrollo exponencial en sus

investigaciones. Gracias a ello, hoy día, tenemos criterios de evidencia en cuanto a la efectividad y calidad en las diferentes intervenciones (Becoña, 2009).

**CAPÍTULO 5: PREVENCIÓN BASADA EN LA CIENCIA. NATIONAL
INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA) Y EUROPEAN MONITORING
CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADICTION (EMCDDA).**

Para que exista un consenso a la hora de trabajar en prevención de drogodependencias hay diferentes organismos internacionales que han creado formas de aunar los criterios en los que deben basarse la ciencia de la prevención. Se van a citar los principios del NIDA desarrollados en Estados Unidos y en Europa el trabajo elaborado por el EMCDDA.

5.1.- Principios de la prevención en drogodependencias (NIDA, 2003)

A.- Factores de riesgo y protección

Principio 1.- Los programas preventivos deberían ser diseñados para realzar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.

Principio 2.- Los programas preventivos deberían incluir todas las formas de abuso de drogas, solas o en combinación, incluyendo el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) en los menores de edad; el consumo de drogas ilegales (por ejemplo, marihuana o heroína); y el consumo inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (por ejemplo, inhalantes), medicamentos de prescripción, o medicamentos que se pueden comprar sin receta.

Principio 3.- Los programas preventivos deberían dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, a los factores de riesgo que son modificables, y a fortalecer los factores de protección identificados.

Principio 4.- Los programas preventivos deberían estar orientados a los riesgos específicos de una población o a las características de la audiencia, tales como edad, género y etnicidad para mejorar la efectividad de los programas.

B.- Planificación de la prevención

B.1.- Programas preventivos familiares

Principio 5.- Los programas preventivos familiares deberán mejorar el apego familiar y las relaciones dentro de ella e incluirán habilidades de crianza; práctica en el desarrollo, discusión y cumplimiento de reglas familiares sobre el abuso de sustancias; e información y entrenamiento en educación sobre drogas. El apego a la familia es el fundamento de las relaciones entre padres e hijos. El apego puede fortalecerse a través del entrenamiento en habilidades sobre el apoyo de los padres a sus hijos, comunicación padre-hijo e implicación parental.

B.2.- Programas preventivos escolares

Principio 6.- Los programas preventivos pueden ser elaborados para intervenir tempranamente en los niños de preescolar para, de este modo, centrarse en los factores de riesgo para el abuso de drogas, tales como la conducta agresiva, escasas habilidades sociales, y dificultades académicas.

Principio 7.- Los programas preventivos para los niños en la escuela elemental deberían centrarse en mejorar el rendimiento académico y el aprendizaje socio-emocional y dirigirse a los factores de riesgo de abuso de drogas, tales como la agresión temprana, el fracaso escolar y el abandono de la escuela. La educación debería centrarse en las siguientes habilidades: autocontrol, conocimiento de las emociones, comunicación, solución de problemas sociales y apoyo académico, especialmente en lectura.

Principio 8.- Los programas preventivos para los estudiantes de la escuela secundaria deberían incrementar el rendimiento académico y la competencia social con las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico; comunicación; relaciones con iguales; autoeficacia y asertividad; habilidades de resistencia a las drogas; reforzamiento de actitudes antidroga; y fortalecimiento de las afirmaciones personales contra el abuso de drogas.

B.3- Programas preventivos comunitarios

Principio 9.- Los programas preventivos dirigidos a la población general en puntos claves de transición, como el paso a la escuela secundaria, pueden producir efectos beneficiosos incluso entre familias y niños de alto riesgo. Tales intervenciones no reducen simplemente el riesgo de esta población sino que promueven el apego a la escuela y a la comunidad.

Principio 10.- Los programas preventivos comunitarios que combinan dos o más programas efectivos, tales como los programas basados en la familia y en la escuela, pueden ser más eficaces que la aplicación de uno solo de estos programas.

Principio 11.- Los programas preventivos comunitarios que llegan a las poblaciones en múltiples lugares, por ejemplo, en escuelas, clubs, asociaciones y medios de comunicación de masas, son más eficaces cuando los mismos están presentes consistentemente, con mensajes para toda la comunidad en cada uno de esos lugares.

B.4.- Implantación del programa preventivo

Principio 12.- Cuando las comunidades adaptan programas para cubrir sus necesidades, normas de la comunidad, o requerimientos culturales diferentes, se deberían retener los elementos centrales de la intervención preventiva original basada en la investigación, que incluye:

Estructura: cómo fue organizado y estructurado el programa.

Contenido: la información, habilidades y estrategias del programa.

Implantación: cómo es adaptado, implementado y evaluado el programa.

Principio 13.- Los programas preventivos deberían llevarse a cabo a largo plazo con intervenciones repetidas (por ejemplo, programas con sesiones de recuerdo) para reforzar los objetivos preventivos iniciales. La investigación muestra que los beneficios de los programas preventivos de la escuela primaria disminuyen sin programas de seguimiento en la escuela secundaria.

Principio 14.- Los programas preventivos deberían incluir el entrenamiento de los profesores acerca de prácticas de buen manejo de las clases, tales como el apropiado refuerzo de la conducta de los estudiantes. Dichas técnicas ayudan a fomentar las conductas positivas de los estudiantes, el rendimiento, la motivación académica y el apego a la escuela.

Principio 15.- Los programas preventivos son más efectivos cuando emplean técnicas interactivas, tales como grupos de discusión entre iguales y role-playing de los padres, que lleva a una implicación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en las habilidades de reforzamiento.

Principio 16.- Los programas preventivos basados en la investigación pueden ser coste-efectivos. De modo similar a las investigaciones previas, la reciente investigación muestra que por cada dólar invertido en prevención se ahorran hasta 10 dólares en el tratamiento del abuso del alcohol o de otras sustancias (Robertson, David y Rao, 2003).

5.2.- Herramientas desarrolladas por el EMCDDA para trabajar en el campo de la prevención

5.2.1.- Best Practice Portal disponible en www.emcdda.europa.eu/best-practice

El “Portal de las buenas prácticas” se crea para que políticos, investigadores, educadores, en definitiva, todas las personas que trabajan en el campo de las drogas tengan una herramienta que aúne las evidencias científicas existentes tanto en prevención como en tratamientos y en reducción de daños en el contexto europeo. El portal se ha diseñado con los datos recogidos por el **Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías** (a partir de ahora, **OEDT**) que fue creado en 1994, con sede en Lisboa. Es un órgano informativo de la Comunidad Europea cuya misión es proporcionar información objetiva, fiable y comparable. En la Tabla 16 se exponen los datos, que aparecen en el Best Practice Portal referidos a la prevención de las drogodependencias los cuales han mostrado ser eficientes a través de la evidencia empírica dentro del ámbito educativo.

Tabla 16

Datos de lo que resulta eficiente a través de la evidencia empírica dentro del ámbito educativo

	Evidencia empírica	Autores
Beneficioso/Efectivo	✓ Tanto para el uso de alcohol como de cannabis los modelos de influencia social donde se enseñan habilidades para la vida se muestran eficaces.	(Foxcroft, Ireland, Lowe & Breen, 2008) (Faggiano, 2010)
Probablemente beneficioso/efectivo	✓ Para las sustancias en su conjunto parece ser eficaz las intervenciones basadas en las habilidades para la vida como la toma de decisiones y la autoestima.	(Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino, Zambon, Borraccino & Lemma, 2005)
	✓ Cuando el programa emplea métodos interactivos como el debate frente a un método no interactivo como una conferencia es más efectivo. Se reduce el número de fumadores, de los que consumen alcohol, cannabis y otras drogas ilegales.	(Tobler, Roona , Ochshorn , Marshall , Streke & Stackpole, 2000); (Roona , Streke & Marshall, 2003)
	✓ Cuando se interviene con un igual como líder en la aplicación del programa parece más efectivo que cuando es un adulto. Se reduce el uso de sustancias aunque parece que la duración es de un máximo de 2 años.	(Porath-Waller , Beasley , & Beimes, 2010).
	✓ Los programas afectivos frente a los basados únicamente en el conocimiento parecen aumentar las habilidades en toma de decisiones y autoestima.	(McGrath, Sumnall, McVeigh & Bellis, 2006)
		(Faggiano et al, 2005)
Efectividad desconocida	✓ Parece que las sesiones de refuerzo tienen un efecto positivo. Pero no se analizó estadísticamente la relación de estas sesiones y los resultados de los programas preventivos.	(McGrath et al., 2006)
	✓ Cuando se forma a iguales para impartir programas de prevención de consumo de alcohol y tabaco no parece que afecte a la reducción del consumo ni que aumente el conocimiento y las actitudes desfavorables frente a estas sustancias.	(Velleman 2009)
	✓ Las intervenciones basadas sólo en el conocimiento aunque mejore el conocimiento no tiene efecto sobre el consumo de drogas.	(Faggiano et al, 2005)

Fuente: Adaptado de <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/prevention/school-children>

5.2.2.- The Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA) disponible en www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples

Es una herramienta mediante la cual se establece un registro de diferentes programas de prevención aplicados en los diferentes países de Europa. Se hace una clasificación del tipo de prevención (universal, selectiva, indicada), si es prevención comunitaria, familiar o educativa y si el programa en cuestión está siendo evaluado en cuanto a su efectividad. En esta clasificación se puntúa cada programa preventivo del uno al tres en función del nivel de la calidad de la evaluación. Para poder formar parte de esta base hay que cumplir unos criterios:

El programa ha tenido que ser evaluado.

Tiene que contar con indicadores claros de evaluación.

Debe tener una base teórica sobre la que se generen hipótesis relacionadas con los objetivos del programa.

La descripción del diseño de la evaluación tiene que ser clara.

El programa debe ser de al menos un año de duración.

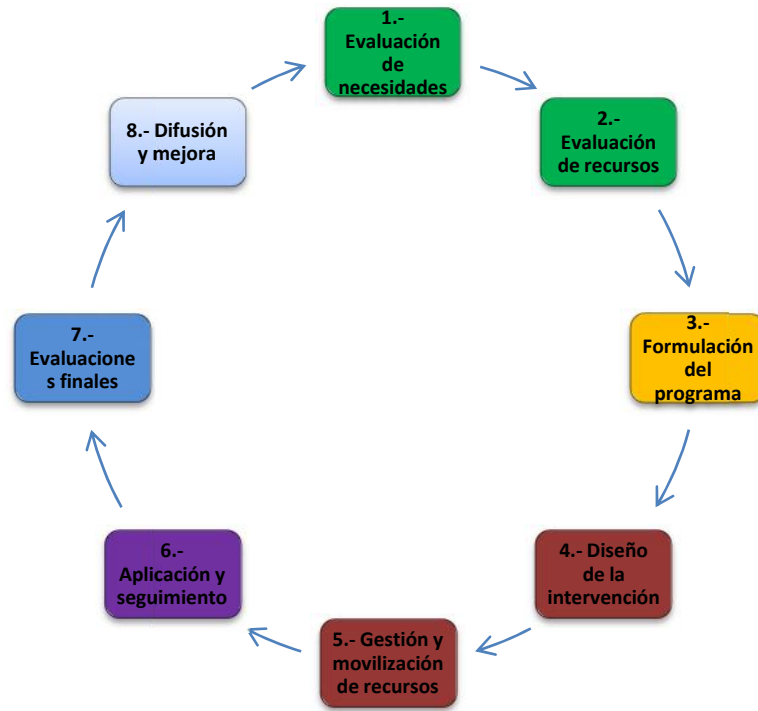
5.2.3.- Evaluation Instrumens Bank (EIB). Disponible en www.emcdda.europa.eu/eib

Es un “banco de instrumentos de evaluación” que facilita material en forma de escalas y cuestionarios para poder realizar las evaluaciones de diferentes componentes que podemos encontrar en los programas preventivos. El EIB pretende facilitar a los investigadores y técnicos europeos instrumentos de medida fiables de un conjunto amplio de indicadores del campo de las drogodependencias, contribuyendo con ello a la mejora de la planificación y evaluación de las medidas preventivas que se desarrollan en Europa. Concretamente, contiene un gran número de Escalas Básicas organizadas según 5 categorías: evaluación formativa o de proceso, evaluación de la planificación del programa, evaluación sumativa o de resultados, evaluación de variables mediadoras o intermedias, y evaluación en grupos y entornos especiales, donde se encuentran algunas propuestas de medida para grupos de alto riesgo.

5.2.4.- El **OEDT** Proporciona además una serie de manuales con el fin antes mencionado de aunar criterios para que el trabajo en prevención de drogodependencias vaya en la misma línea:

5.2.4.1.- El **“Prevention and Evaluation Kit (PERK)”** (EMCDDA, 2010). Agrupa los principios de la prevención basados en la evidencia. A través del establecimiento de unas normas y consejos para la evaluación en la prevención, así como recursos bibliográficos a los que recurrir. Siempre desde un punto de vista práctico. Pretende proporcionar unos estándares para los principios de la prevención comunes para la Unión Europea.

5.2.4.2.- La guía **“European drug prevention quality standards”** (EMCDDA, 2011).- Disponible en www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards donde desarrolla paso a paso las mejores prácticas para prevenir la drogadicción. Facilita la forma de diseñar, planificar, mejorar o evaluar las diferentes intervenciones preventivas. Es un material que se dirige a todas las personas que trabajan en el campo de la prevención y de la lucha contra la drogadicción desde psicólogos o trabajadores sociales hasta profesores, políticos o policías. Por lo tanto el objetivo del proyecto es mejorar la política europea de prevención de drogas desarrollando un marco de referencia común para las intervenciones a través de programas de prevención. En la Figura 11 vemos los estándares de calidad europeos para la prevención de las drogas desarrollados por el manual.



ASPECTOS TRANSVERSALES DURANTE TODO EL CICLO

A. Sostenibilidad y financiación	B. Comunicación y participación de interesados
C. Desarrollo de plantilla	D. Ética de la prevención

Fuente: Adaptado de *European drug prevention quality standards (EMCDDA, 2011)*.

Figura 11
Ciclo de un Proyecto de Prevención ideal

En cada apartado se analizarán diferentes cuestiones:

1. Evaluación de las necesidades:
Conocimiento de la política y legislación relacionadas con las drogas. Evaluación del consumo de drogas y las necesidades de la comunidad. Describir las necesidades, justificando la intervención. Conocer la población objetivo.
2. Evaluación de recursos:
Evaluación de la población objetivo y de los recursos de la comunidad. Evaluación de capacidades internas.
3. Formulación programas:

Definir población objetivo. Usar un modelo teórico. Definir las metas u objetivos a alcanzar. Definir un marco contexto o ámbito. Aportar evidencia de efectividad. Determinar un cronograma o calendario de trabajo.

4. Diseño de la intervención:

Diseño de calidad y eficacia. Qué hacer si se selecciona una intervención existente. Adaptación de la intervención a la población objetivo. Planificación de evaluaciones finales.

5. Gestión y movilización de recursos.

Planificación del programa. Ilustrando el plan del proyecto. Planificación de las necesidades económicas. Configuración del equipo. Reclutar y mantener a los participantes. Preparar los materiales del programa. Proporcionar una descripción del programa.

6. Ejecución y supervisión, aplicación y seguimiento:

Realizar intervención piloto. Implementación de la intervención. Vigilancia de la aplicación del programa. Ajustar la aplicación.

7. Evaluaciones finales:

Evaluación de resultados. Evaluación del proceso de implementación.

8. Difundir y mejorar:

Determinar si el programa debe ser mantenido. Difundir información sobre el programa. Realizar informe final.

CAPÍTULO 6: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Se entiende por factor de riesgo «un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)». Por factor de protección «un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas» (Clayton, 1992).

El factor de riesgo o el factor de protección lo podemos conocer antes de que aparezca la conducta que queremos prevenir, por lo tanto podemos evaluarlo antes de que aparezca el resultado. Es una relación, individuo – resultado, de tipo correlacional, hablamos en términos de probabilidad. Becoña (2002) distingue entre factor de riesgo que no puede cambiarse como es el sexo. Factores de riesgo variables que son aquellos que cambian espontáneamente dentro del individuo como consecuencia de una intervención. Por último factor de riesgo causal cuando el factor de riesgo puede ser manipulado y dicha manipulación cambia el resultado.

Clayton (1992) menciona varios principios que hay que tener en cuenta cuando hablemos de factores de riesgo:

- ✓ El factor de riesgo puede estar presente o no. Si está presente la probabilidad de que aparezca la conducta problema, consumo de drogas, es más probable.
- ✓ La presencia de un solo factor no garantiza que se produzca el consumo de drogas, por otro lado, el que no se presente dicho factor no garantiza que no se produzca.
- ✓ El número de factores de riesgo están relacionado con la probabilidad de que la conducta problema aparezca.
- ✓ La mayoría de los factores de riesgo y protección tienen diferentes dimensiones medibles y cada una influye de forma independiente y global en la conducta problema.
- ✓ La intervención directa en algunos de los factores de riesgo y protección es posible y pueden dar como resultado la eliminación o reducción de los mismos disminuyendo la probabilidad de que aparezca la conducta de riesgo. En otros

factores de riesgo o protección el objetivo será atenuar su influencia ya que directamente no es posible la intervención.

La importancia de conocer y estudiar estos factores se debe a que de esta forma se pueden planificar y desarrollar programas de prevención eficaces cuyos objetivos entre otros sea potenciar los factores de protección y modificar o hacer que disminuyan o se atenúen los efectos de los factores de riesgo. Analizarlos e identificarlos es esencial tanto para crear programas preventivos como para intervenir con poblaciones, grupos o individuos que se encuentren en alto riesgo de consumo de drogas y que necesiten intervenciones específicas. Si no conocemos estos factores predisponentes o facilitadores difícilmente podremos intervenir (Moncada, 1997).

Existen muchas clasificaciones de factores de riesgo y protección en la literatura científica (Clayton, 1992; Hawkins et al. 1992; Hawkins et al. 1995; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992; Moncada, 1997; Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000).

La clasificación de Becoña (2011) que a su vez ha sido adaptada de Becoña y Martín (2004) y del CSAP (2001) es la que aparece en la siguiente Tabla 17.

Tabla 17

Factores de riesgo y factores de protección

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS		
DOMINO	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Individual	<p>Biológicos</p> <p>Genéticos. Ser varón. Temprana edad. Enfermedad crónica. Trastornos de conducta y salud mental. Conducta antisocial. Alienación y rebeldía. Agresividad.</p> <p>Psicológicos y Conductuales</p> <p>Impulsividad. Consumo temprano de drogas. Consecuencias del abuso físico, sexual o emocional. Actitudes favorables hacia el consumo de drogas. Ausencia de valores ético-morales. Relaciones negativas con los adultos.</p>	<p>Religiosidad. Creencia en el orden social. Habilidades sociales. Autoeficacia. Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes. Orientación social positiva. Aspiraciones de futuro. Inteligencia. Resiliencia. Actitudes negativas hacia el consumo de drogas. Relaciones positivas con los alumnos.</p>
Iguales	<p>Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas. Compañeros que consumen drogas. Compañeros con conducta antisocial o delincuencia temprana. Rechazo por parte de los iguales. Susceptibilidad a la presión negativa de los iguales.</p>	<p>Apego a los iguales que no consumen drogas. Asociación con iguales que están implicados en actividades en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas, etc. Resistencia a la presión de los iguales. No ser fácilmente influenciado por los iguales</p>
Familia	<p>Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. Baja supervisión familiar. Baja disciplina familiar. Conflicto familiar. Historia familiar de conducta antisocial. Actitudes parentales favorables hacia el consumo de drogas.</p>	<p>Apego familiar. Oportunidades para la implicación en la familia. Creencias saludables. Claros estándares de conducta. Altas expectativas para los hijos. Sentido positivo de confianza en sí mismo.</p>

Escuela	Bajas expectativas para los niños. Abuso físico.	Dinámica familiar positiva.
	Bajo rendimiento académico. Bajo apego a la escuela. Tamaño de la escuela. Conducta antisocial en la escuela.	Escuelas de calidad. Oportunidades para la implicación prosocial. Refuerzos y reconocimiento por la implicación prosocial. Creencias saludables. Claros estándares de conducta. Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro. Clima institucional positivo.
Comunidad	Deprivación económica y social. Desorganización comunitaria. Cambios y movilidad de lugar. Creencias, normas y leyes favorables hacia el consumo de drogas. Disponibilidad y accesibilidad a las drogas. La percepción social de riesgo de cada sustancia. Mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación.	Sistema de apoyo externo positivo. Oportunidades para participar como miembro activo de la comunidad. Descenso de la accesibilidad a las sustancias. Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.

Fuente: Adaptado de CSAP (2001); Becoña y Martín (2004); Becoña (2011).

No en todos los programas de prevención se trabaja de la misma forma y sobre los mismos factores de riesgo/protección. En el programa que hemos evaluado PPV los factores que se trabajan para ser modificados desde el ámbito escolar son los siguientes:

6.1.- Factores relacionados con la persona

6.1.1.- Habilidades Sociales

Bajo el título “Habilidades de Interacción Social” se incluyen las habilidades para interaccionar con el grupo, para hacer amigos, para pedir favores, para hacer y aceptar cumplidos, para preguntar por qué, para establecer y terminar conversaciones, etc. (Megías y Méndez 2007). Es la competencia social o recurso adaptativo del individuo y factor de protección ante situaciones de riesgo psicológico y social. Se considera un fin y un medio para combatir la inadaptación psicosocial (Trianes y García, 2002). Cuando hay dificultades para interaccionar socialmente, hacer amigos, gestionar conflictos, el individuo queda más fácilmente fuera del circuito de interacción social. Los demás le etiquetan de forma descalificadora y puede buscar una vía alternativa para alcanzar prestigio ante los demás teniendo un comportamiento contrario a normas facilitando una posible marginación y que su autoestima disminuya (Megías y Méndez, 2007). Por ello se utiliza en la mayoría de los programas preventivos el entrenamiento de habilidades sociales para promover y favorecer el funcionamiento social del alumnado (Benítez, Tomás y Justicia, 2007).

El entrenamiento en habilidades sociales debe incluir otras habilidades para la vida siendo, por tanto, un entrenamiento en habilidades generales (Botvin y Griffin, 2003). Con este entrenamiento no sólo el individuo aprende a rechazar el ofrecimiento de diferentes drogas sino que además le servirá para muchas otras situaciones de su vida mejorando su autoestima y su autoeficacia. Dentro de esta gran categoría de habilidades generales, se incluyen otras como la empatía, el autocontrol, la toma de decisiones, la solución de problemas, la autoestima, etc. Son muchos los autores que afirman que los programas que incluyen estos contenidos relacionados con el entrenamiento y fortalecimiento de habilidades para la vida cotidiana son muy efectivos (Coogans, Cheyne y Mckellar, 2003; Springer et al. 2004; Tobler et al. 2000).

6.1.2.- Actitudes Hacia las Drogas

Las actitudes son predisposiciones relativamente estables para actuar de una determinada manera en relación a las drogas hay elementos:

- ✓ Cognitivos: la creencia que tenemos respecto a las drogas. El saber.
- ✓ Afectivos: sentimientos positivos o negativos hacia las drogas, aceptación o rechazo, pueden ser favorables, o desfavorables. El sentir.
- ✓ Conductuales: forma de comportarse, hábitos en relación a las drogas. El actuar.

Estas actitudes pueden ser muy resistentes al cambio, sin embargo son aprendidas y por lo tanto modificables a través de programas preventivos. Por ello la importancia de que dichos programas tengan un componente informativo sobre drogas para poder afectar al componente cognitivo de la actitud. Hay que detectar las ideas erróneas, falsos mitos para que no se tomen como base de una actitud favorable al consumo de droga (Megías, 2007).

Tanto las actitudes como las creencias y los valores se han mostrado como predictores fiables del consumo (Moral Jiménez y Ovejero Bernal, 2006). Según el enfoque multidimensional de las actitudes de Haddock y Zanna (1999) basado en la naturaleza tridimensional de la actitud: sentir, saber y actuar, anteriormente mencionado; las actitudes hacia el consumo de sustancias actuarían como variables moduladoras de experimentaciones y de los propios hábitos de consumo existiendo, por tanto, una relación entre las actitudes hacia las drogas y las conductas de consumo. De hecho entre los jóvenes consumidores de alcohol suele constatar una escasa conciencia de daño ocasionado, con mecanismos de distorsión en las percepciones de riesgo y actitudes de permisividad ante el consumo tanto a nivel cognitivo (creencias, expectativas, etc.) como afectivo (agrado, desagrado, identificación con los usuarios, etc.) y comportamental (disposición para el consumo, inclinación para la aceptación del hábito alcohólico). (Moral y Ovejero, 2005; Moral, Rodríguez, Ovejero, y Sirvent, 2009; Moral, Ovejero, Castro, Rodríguez y Sirvent, 2011). Según estudios de estos autores se confirma que hay una tendencia natural entre los adolescentes a mostrar progresivamente actitudes (creencias, percepción valorativa e

inclinación para el consumo) más permisivas ante el consumo, así como una mayor valoración de la experimentación predisponiendo al mismo en adolescentes que no han participado en ningún programa de prevención en sus diferentes modalidades (intervención familiar, intervención informativa, intervención a través de la sensibilización básica o intervención a través de expertos). En cuanto a la edad y la evolución de las actitudes hacia las drogas hay una tendencia a una mayor permisividad ante los riesgos derivados del consumo, una más frecuente aceptación de las incitaciones y una mayor valoración de las consecuencias positivas derivadas de la experimentación con las sustancias y sus usos que se van incrementando a medida que se avanza en edad (Moral y Ovejero, 2005).

Actitudes creencias o valores que actúan como factores de protección son la religiosidad, el grado de satisfacción personal respecto a la vida y las actitudes positivas hacia la salud (Ruiz, Lozano y Polaino, 1994).

6.1.3.- Habilidades de Toma de Decisiones

Es la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma y responsable valorando las ventajas e inconvenientes de las diferentes opciones disponibles y asumiendo las consecuencias de la opción elegida. Al entrenar al individuo en esta habilidad le facilitamos herramientas para que cuando tenga que tomar una decisión sobre un posible consumo de una droga o sobre conductas relacionadas con las sustancias sepa hacerlo de la forma adecuada. El individuo tendrá mayor sentimiento de eficacia y de control de su conducta (Megías, 2007). Existe un estilo impulsivo de toma de decisiones que considera pocas alternativas de solución de problemas, se acepta impulsivamente la primera idea que viene a la mente y valora de forma descuidada y poco cuidadosa las consecuencias de estas soluciones (D’Zurilla, Chang y Sanna, 2003). Si existe un esquema cognitivo cuyo objetivo es obtener gratificaciones inmediatas se impide la reflexión inmediata sobre las consecuencias de las conductas de riesgo. De hecho, numerosos estudios han relacionado la impulsividad con el consumo de drogas (Jentsch y Taylor, 1999; Lyvers, 2000; Moeller y Dougherty, 2002 y Fantín, 2006). El estilo impulsivo de resolución de problemas interviene en la relación entre los estresores y el consumo de sustancias (Calvete y Estévez, 2009).

6.1.4.- Autocontrol

El individuo actúa de forma autocontrolada porque es capaz de responder decidiendo, eligiendo su respuesta más que reaccionando de forma impulsiva y automática ante una situación. Es una capacidad de inhibir los impulsos para posponer las gratificaciones inmediatas en función de otra posterior. Si hay escaso autocontrol se busca la satisfacción inmediata (Megías, 2007). Según múltiples estudios encontrados en la literatura se confirma la relación entre un autocontrol insuficiente asociado significativamente con el consumo de sustancias (Santacreu y Froján 1992; Wills 1994; D'Elío, O'Brien, Iannotti, Bush, y Galper, 1996; Lopez-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003; Calvete y Estévez 2009). El autocontrol se relaciona de manera inversa con el consumo de drogas. A medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumenta la cantidad y la cronicidad de consumo de drogas. Es decir, si un individuo presenta una puntuación baja en autocontrol la probabilidad de consumo de drogas aumenta.

6.1.5.- Autoexpresión emocional

Capacidad de exteriorizar emociones: expresar y demandar afecto, liberar estados emocionales, solicitar apoyo y cariño, mostrar ternura o comprensión así como canalizar las emociones negativas de aversión y rechazo. Es importante saber identificar y asumir emociones y sentimientos (Megías, 2007).

Dentro de la educación hay que incluir la educación emocional. Los comportamientos problemáticos como el consumo de drogas pueden verse influidos por una dificultad a la hora de reconocer, expresar o tolerar diferentes emociones. Si desde la infancia trabajamos el desarrollo de esta habilidad emocional estaremos potenciando un factor de protección en el individuo (Bisquerra, 2003).

6.1.6.- Empatía

Es la capacidad de percibir y comprender pensamientos y sentimientos de los demás. Su desarrollo incide en las relaciones interpersonales y de actitudes y comportamientos prosociales. Favorece la respuesta asertiva. A través del PPV se pretende desarrollar la capacidad de empatía como base para el desarrollo afectivo, la

competencia interpersonal y las actitudes prosociales. Mediante el aprendizaje de esta capacidad también se facilita la detección temprana de los intentos de manipulación, favoreciendo la respuesta asertiva. Cuando hay una escasa empatía se dificulta la interacción informal con los iguales ya que no se sintoniza afectivamente con ellos, también se refleja obstaculizando el desarrollo de actitudes de ayuda y apoyo interpersonal siendo un precursor de las actitudes antisociales (Megías, 2007). Como mencionamos anteriormente la empatía forma parte de las Habilidades sociales (Luengo et al. 1999).

6.1.7.- Actitudes Hacia la Salud

Tener una actitud favorable hacia la higiene, alimentación equilibrada, hacia la prevención de enfermedades, hacia el deporte, etc. puede afectar a otra conducta relacionada con la salud como es el consumo de drogas. Por ello fomentar actitudes favorables hacia la salud se ha convertido en un medio adecuado de hacer prevención del consumo de drogas. Es más fácil y educativo desarrollar actitudes favorables hacia la salud que desarrollar actitudes negativas hacia el consumo de drogas (Megías, 2007). El otorgar prioridad a la salud funciona como un factor protector contra el consumo de drogas (Martínez-González y Robles, 2001). Es un factor que trabaja un espectro amplio mientras que las actitudes hacia las drogas es más concreto. Pero ambas están en la misma línea.

6.1.8.- Autoestima

El auto-concepto es la elaboración cognitiva del individuo que se desarrolla a través de la interacción con el medio social. Es la percepción de uno mismo: lo que se es, lo que se tiene y lo que se es capaz de hacer. Autoestima es la valoración positiva o negativa de este auto-concepto (Megías y Méndez, 2007). Desde un punto de vista global del constructo un individuo con baja autoestima será influenciado más por la opinión de los demás pudiendo ceder a las demandas de éstos para tener un reconocimiento de los mismos. La baja autoestima, por lo tanto, es un factor de riesgo en relación con el consumo de drogas ya que reduce las probabilidades de enfrentamiento a la presión de los iguales o a la publicidad enfocada al consumo (Megías y Méndez, 2007). Este punto de vista ha hecho que en muchos programas de prevención de las

drogodependencias la autoestima sea un factor clave para fomentar el desarrollo de la misma y así reducir el factor de riesgo.

Por otro lado no está claro que la autoestima baja se relacione con consumos de sustancias. En los trabajos que utilizan medidas multidimensionales de la autoestima, identificando autoestima familiar, escolar, social y física encuentran una relación significativa entre alta autoestima y bajo consumo de sustancias cuando hablan de las dimensiones familiar y escolar, es decir, ambas dimensiones actúan como factor de protección. Mientras que con las dimensiones social y física la relación es positiva hacia el consumo. Si las puntuaciones en estas dos dimensiones son altas actuarían potencialmente como factor de riesgo para el desarrollo de problemas de conducta. (Musitu y Herrero, 2003; Jimenez, 2011; Jimenez, Musitu y Murgui 2008; Villarreal-González, Musitu, Sánchez-Sosa y Varela, 2010).

6.1.9.- Sexo

Como vemos en la clasificación hecha por Becoña (2002), ser varón es un factor de riesgo biológico. En la última encuesta EDADES (2013) vemos como son los varones los que consumen más cantidad de drogas ilegales. Además en la última ESTUDES se destaca como en los últimos años las chicas han superado las prevalencias de consumo de hipnosedantes, tabaco y alcohol, de los chicos y las prevalencias de consumo experimental de algunas sustancias como el cannabis se han acercado notablemente (Delgado et al. 2005; Jiménez-Rodrigo, 2008 y Martínez Higuera, 2012).

Los factores de riesgo y los factores de protección actúan de diferente manera en chicos y chicas (Kokkevi et al. 2008). Los chicos tienen significativamente más factores de riesgo, tanto personales como contextuales, y menos factores de protección que las chicas que tendrían más factores de protección personales y familiares según Schinke, Fang y Cole (2008).

6.1.10.- Edad

Es otro de los factores de riesgo biológico asociado con el consumo de sustancias. En la pubertad, proceso por el cual se llega a ser física y sexualmente maduro y que va unido a la adolescencia, se producen cambios físicos y cambios psicológicos. Lleva asociado

unos cambios hormonales (andrógenos –testosterona- estrógenos y progesterona) que hacen que la persona se sienta distinta reflejándose en sus emociones y en sus conductas. Por ejemplo, en las mujeres, la temprana maduración tiene un efecto opuesto en su autoestima y están menos satisfechas de su peso y de su apariencia (Becoña, 2002). Según la teoría de la pseudomadurez o desarrollo precoz de Newcomb cuanto más temprana es la transición hacia conductas típicamente de los adultos en las primeras etapas de la adolescencia, estas personas se encontraran con mayores problemas con esos roles en la vida adulta, por ejemplo, a menor edad de iniciación de uso de drogas se asocia a mayores problemas de abuso de drogas cuando se es adulto (Becoña, 2007).

Diferentes estudios nos dicen que a más edad existe más riesgo de consumir sustancias y menos protección ante dicho consumo, por ello la importancia de realizar prevención con los preadolescentes (Glaser, Van Horn, Arthur, Hawkins y Catalano, 2005; López y Rodríguez-Arias, 2010).

6.2.- Factores relacionados con el ambiente

6.2.1.- Ambiente microsocial

Son las personas o grupos que forman parte del entorno social más próximo: familia y grupo de amigos. Si en la familia por parte del padre o la madre hay consumos de sustancias y una actitud tolerante hacia los mismos puede traducirse en un aprendizaje por modelado por parte de los hijos/as de las conductas normas y valores hacia las drogas. Una pobre cohesión familiar se ha asociado también al consumo de drogas. En el estudio de Morales-Manrique et al. (2011) la evidencia empírica encontrada fue que cuando la madre consume tabaco los hijos/as tienen más probabilidad de fumar (Odds Ratio (OR) = 1,32; $p < 0,0005$) y si lo que consume la madre es alguna sustancia los hijos/as tienen más probabilidad de consumir éxtasis o pastillas (OR=2,44; $p < 0,05$). Si fuma el padre las probabilidades de fumar de los hijos/as es mayor (OR = 1,34; $p < 0,005$), y de consumir alcohol si el padre consume alcohol (OR =1,53; $p < 0,05$).

Otros estudios recientes nos dicen como un buen apego familiar es un factor que podría proteger a los sujetos en determinadas edades del consumo de alcohol y tabaco (Martínez González y Robles Lozano 2001). Por otro lado el estudio llevado a

cabo por Alfonso, Huedo-Medina y Espada (2009) nos dice que cuando existe una educación familiar sin normas bien establecida parece ayudar a discriminar entre los adolescentes que consumen más o menos tabaco. Además Las actitudes familiares favorables al consumo, la historia familiar de conducta antisocial son dos factores de riesgo familiar muy relacionados con el consumo de sustancias, López-Larrosa, Rodríguez-Arias (2010). Por último mencionar la importancia del grupo de iguales que ejerce una influencia en la posible conducta de consumo de drogas. Si éstos consumen el individuo tiene un factor de riesgo añadido para desarrollar dicha conducta.

6.2.2.- Ambiente macrosocial

Engloba diferentes aspectos como la accesibilidad de las sustancias, la publicidad, medios de comunicación, las creencias, normas y leyes de la comunidad. Según sean de favorables o no hacia el uso de las drogas influirán en la persona. Cuando se interviene en este factor de riesgo la efectividad es alta. Siendo uno de los factores más importante a tener en cuenta. En drogas legales como el alcohol y el tabaco se interviene controlando a través de la subida del precio, restricciones al acceso de las sustancias por menores de edad y a través de campañas de publicidad (Hawkins et al. 1992; Burkhart, 2009). El cambio de leyes produce un paulatino, pero constante cambio de normas y creencias sociales sobre el consumo de las determinadas sustancias en las que se interviene. Un ejemplo en nuestro país es la aplicación de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco modificada por la Ley 42/2010, de 30 de diciembre. En esta ley se establece detalladamente en que lugares está prohibido fumar. En el ámbito de la hostelería se ha prohibido fumar en espacios cerrados. Esto ha provocado cambios de conducta en los consumidores de tabaco y ha hecho que los hosteleros se vean obligados, en muchos casos y cuando es posible, a habilitar espacios en lugares externos como terrazas donde los clientes fumadores pueden consumir y fumar a la vez.

En la encuesta Juventud y tabaquismo, elaborada por la Fundación Pfizer (2011) realizada a 800 jóvenes de entre 12 y 20 años y 800 adultos (padres o madres de los anteriores) se afirma que los adolescentes apoyan la “ley del tabaco” que prohíbe

fumar en cualquier establecimiento cerrado porque el humo de los cigarrillos perjudica la salud de los fumadores y de los no fumadores. Es la primera generación que asimila lo que los expertos llevan tiempo diciendo y además valoran como positiva una norma calificada de prohibicionista siendo valorada porque defiende la salud pública. Un 84,2% de los jóvenes valora positivamente la ley del tabaco. Por lo tanto parece que los jóvenes han interiorizado que los no fumadores tienen derechos y quieren que estos se hagan valer.

También en nuestro país se está intentando establecer un conjunto de normas que comiencen a modificar los hábitos y consumos de alcohol. La elaboración del *“Manifiesto contra el consumo de bebidas alcohólicas por menores”*, realizado por el Ministerio de Sanidad, política social e igualdad (2011) pretende, a través del establecimiento de un pacto de entidades y organismos, intervenir para abordar el problema del consumo de alcohol por menores y controlar el mismo a través de la prevención desde la infancia. Es un manifiesto firmado por asociaciones y sectores relacionados con el consumo de alcohol que se unen para trabajar juntos en un objetivo común: que los menores no consuman bebidas alcohólicas. Para ello han elaborado un decálogo con 10 objetivos:

1.- Evitar cualquier publicidad o promoción comercial que directamente relacione el consumo de bebidas alcohólicas con el éxito social o sexual, con la mejora del rendimiento físico o que expresamente induzca al consumo de alcohol por parte de menores de edad u ofrezca una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad, o subraye como cualidad positiva de una bebida su contenido alcohólico.

2.- Involucrar a los medios de comunicación, las redes sociales y especialmente a los medios televisivos, en relación con la conveniencia de información de los perjuicios del consumo de alcohol por menores de edad y la de establecer medidas de control para evitar que la publicidad y promoción se dirija a los menores de edad, en los medios o espacios dirigidos a este público.

3.- Dotar de recursos a las familias y a los entornos sociales del menor para incrementar la percepción del riesgo asociado al consumo de alcohol por menores.

4.- Estimular la autorregulación en esta materia entre los productores, los distribuidores y los expendedores de bebidas alcohólicas.

Capítulo 6 Factores de riesgo y protección

5.- Desarrollar campañas públicas de educación y prevención enfocadas a evitar el consumo de alcohol por menores de edad, detectando los factores de riesgo y potenciando los factores de protección.

6.- Educar en hábitos de salud e informar adecuadamente, desde todos los sectores, con especial incidencia por parte de las administraciones públicas sanitarias y educativas, desde edades tempranas, sobre las consecuencias inherentes al consumo de alcohol en menores.

7.- Diseñar junto a educadores sociales y agentes sociales programas de prevención del consumo de alcohol en menores en el ámbito escolar.

8.- Fomentar hábitos de vida saludables y la práctica del deporte, así como actividades creativas y artísticas. Impulsar y publicitar la oferta pública de actividades de ocio para menores (principalmente deportivas y culturales) alternativas al consumo de alcohol en el colectivo.

9.- Cooperar entre todos los agentes implicados para promover la responsabilidad y prevenir las prácticas ilícitas de comercialización a menores.

10.- Diseñar estrategias y planes de trabajo con el objetivo de establecer el consumo cero de alcohol entre menores de edad.

En cuanto a los medios de comunicación, la teoría de la socialización primaria de Oetting y Donnermeyer (1998), nos destaca la importancia que tienen ya que funcionan como fuente de socialización secundaria. Con ellos se adquieren normas culturales y existe una gran exposición a través de periódicos, revistas, libros, discos, televisión, videos, etc. La influencia que ejerce en el comportamiento de las personas debe ser tomada en cuenta para poder realizar una prevención de las drogodependencias efectiva.

CAPÍTULO 7: PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

7.1.- Programas de Prevención en la CAM

La Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (AGAD a partir de ahora) está desarrollando programas de prevención de drogodependencias en diferentes ámbitos, no sólo el educativo. En la Tabla 17 mostramos cuales son.

Tabla 17

Programas de prevención en la Comunidad de Madrid. AGAD.

	Nombre del programa	Población a la que va dirigido	Aspectos que se trabajan
Programas Prevención escolar	Protegiéndote	Dirigido a los Centros Educativos. Prevención Universal de las drogodependencias. Alumnos de segundo ciclo de Infantil, Primaria y Secundaria.	<u>Desarrollo cognitivo</u> : actitudes saludables, información sobre drogas. <u>Control Emocional</u> : entrenamiento en control de ansiedad y manejo de la ira <u>Habilidades de interacción social</u> : entrenamiento en habilidades de comunicación y en rechazo del consumo de drogas. <u>Solución de problemas y toma de decisiones</u> : Habilidades para abordar los problemas que se presentan a lo largo de la vida. <u>Hábitos implicados en el aprendizaje escolar Familiar</u> : información a las familias sobre drogas, pautas para mejorar sus habilidades educativas.
	Innovamos	Prevención Universal Dirigido a alumnos de 5º y 6º de primaria Programa de prevención del uso inadecuado de las nuevas tecnologías.	Para prevenir el uso inadecuado de las nuevas tecnologías. 3 sesiones de dos horas. Se involucra a los padres con igual número de sesiones.
Programas Prevención Ámbito Familiar	Conjunto de diversas actuaciones: "Protegiéndote" e "Innovamos"	Familias residentes en la Comunidad de Madrid.	Sensibilización Información Formación: dotar de habilidades a padres y madres para reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección frente al consumo de drogas.

Capítulo 7: Programas de prevención en la CAM

	+Familia	Prevención Universal: padres y madres residentes en la Comunidad de Madrid con hijos con edades entre 6 y 16 años.	Reducir factores de riesgo. Fortalecer lazos familiares. Habilidades de interacción familiar. Cursos de 12 horas adaptados al horario y lugar que mejor se adapte.
Programas Prevención Ámbito comunitario	Actúa	Prevención Universal: personal sanitario, servicios sociales, policía local, profesionales y voluntarios	Conocimiento y habilidades para fomentar el papel preventivo para aumentar eficacia y eficiencia de las intervenciones. 12 horas a través del conocimiento activo.
Programas Prevención Ámbito Laboral	Programas de formación en prevención a colectivos profesionales Programa de prevención de las drogodependencias de la Capitanía General de la SUIGECEN	Personal de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Atención primaria Sanitaria, Docencia o ámbito deportivo. Población militar: personal de tropa, suboficiales y oficiales.	Formación básica y especializada en drogodependencias. Consolidar y fortalecer intervenciones en materia de prevención.
Programas Prevención Ámbito ocio y tiempo libre	Servicio Itinerante de Prevención de las Adicciones	Se dirige a adolescentes y jóvenes, padres, madres y educadores/as de la Comunidad de Madrid.	Información sobre drogas y drogodependencias a través de tecnología novedosa: instalaciones multimedia, sistemas interactivos y web www.drogasotu.com .
Servicio de prevención selectiva e indicada	Servicio de prevención Indicada de las Adicciones.	Menores en transición entre uso y abuso de drogas. (12-18 años)	Intervención, individual grupal, familiar y comunitaria.
Guía Drogas o tú	Drogas o tú	Adolescentes y jóvenes	Materiales divulgativos: Mitos sobre las drogas y su consumo Vaya escena con mi gente Superlópez el gran botellón Recetas de cócteles.
Guías para la	Jóvenes y alcohol. Una mala compañía.	Adolescentes, Jóvenes, padres y madres, educadores	Información preventiva sobre diversas

prevención	El cannabis y los jóvenes. Los jóvenes y la cocaína. Los jóvenes y las drogas de síntesis. Los padres frente al botellón. Los padres frente al cannabis. Los padres frente a la cocaína. Los padres y las drogas de síntesis.	y técnicos de la Comunidad de Madrid.	sustancias
Guía para la prevención. Discapacidad cognitiva	El alcohol. Guía para padres y educadores. El cannabis. Guía para padres y educadores. Guía didáctica para alumnos. El alcohol. Material de prevención. El cannabis. Material de Prevención.	Para padres y educadores	Información preventiva sobre alcohol y cannabis. Como tratar la información con hijos con discapacidad.
Drogas cerebro y comportamiento	Guías informativas: Alcohol, cannabis, cocaína y drogas de síntesis: Información para jóvenes y para padres. Inhalantes, LSD, heroína, esteroides y analgésicos.	Prevención Universal.	Guías informativas.

Fuente: AGAD

7.2.- Prevenir para Vivir.

La CAM dentro de los programas de prevención de drogodependencias en el ámbito educativo aplicó hasta el año 2010/2011 y desde el 2002/2003 el Programa “Prevenir para Vivir” (a partir de ahora, PPV). Este programa está diseñado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (a partir de ahora, FAD). Se aplica al alumnado que engloba desde el segundo ciclo de educación infantil, educación primaria obligatoria y ESO. Pretende incorporar una herramienta en el entorno escolar para que de forma flexible se pueda aplicar integrándolo al día a día en las actividades propias del resto de las áreas de conocimiento.

Sustentado en una base teórica profunda del modelo de adicciones:

Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977)

Factores de riesgo y protección, conductas de riesgo y resultados de riesgo (Jessor, 1992).

Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) y teoría de la acción planeada (Ajzen, 1988).

Modelo comprensivo y secuencial de las fases para el consumo de drogas en la adolescencia (Becoña, 1999).

Es en tres áreas claves donde se facilitan herramientas para formar a los individuos y dotarlos de estrategias:

- ✓ Desarrollo de la afectividad.
- ✓ Desarrollo intelectual a favor de la salud incompatible con el abuso de drogas, a través del aprendizaje de estrategias de toma de decisiones, cambio de actitudes e información sobre drogas.
- ✓ Desarrollo social para que aumenten sus competencias sociales y la interacción con los otros.

El trabajo es a través de actividades que dependiendo de la etapa educativa potenciará más el desarrollo de unas habilidades sobre otras.

Se implica al profesorado, a los padres y madres y especialmente al alumnado.

Los objetivos generales del programa PPV son:

- ✓ Reducir el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.
- ✓ Retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Los objetivos específicos:

En el desarrollo de la afectividad:

- ✓ Aumentar la autoestima en el alumnado.
- ✓ Incrementar la capacidad de empatía.
- ✓ Mejorar la autoexpresión emocional.

En el desarrollo intelectual:

- ✓ Desarrollar actitudes positivas hacia la salud.
- ✓ Aumentar el autocontrol.
- ✓ Mejorar las habilidades de toma de decisiones.
- ✓ Reducir la visión positiva hacia el consumo de drogas.

En el desarrollo social:

- ✓ Mejorar las habilidades para la interacción social.
- ✓ Aumentar las habilidades de oposición.
- ✓ Fomentar las habilidades de autoafirmación.

En las figuras 12 y 13 vemos donde interviene el PPV y en qué factores de riesgo/protección pone la carga de trabajo.

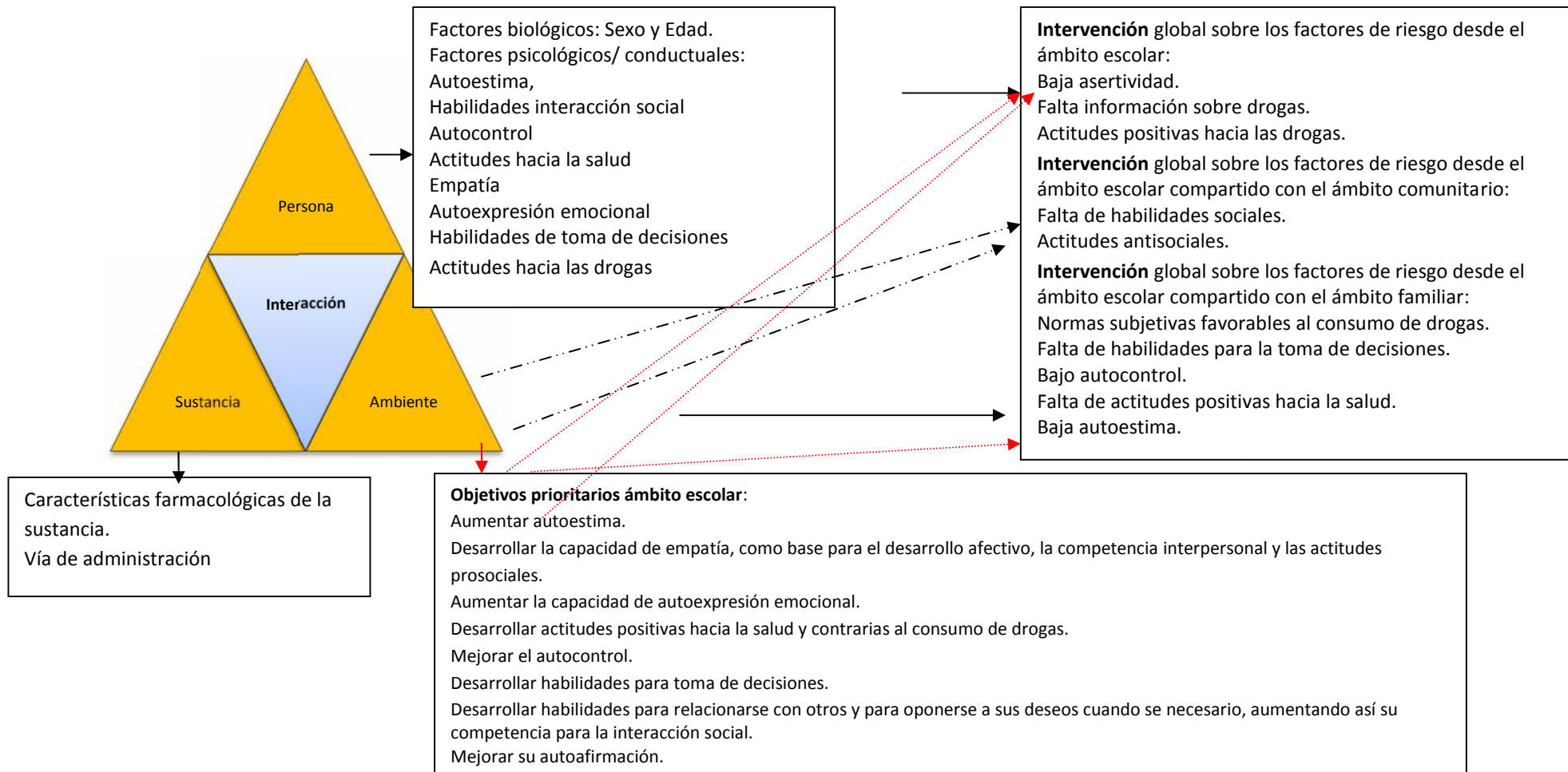


Figura 12

Objetivos, ámbitos de actuación y factores de riesgo/protección trabajados en el PPV. Fuente: Adaptado de Megías y Mendez (2007) *Prevenir para Vivir. Guía didáctica*. Madrid.FAD.

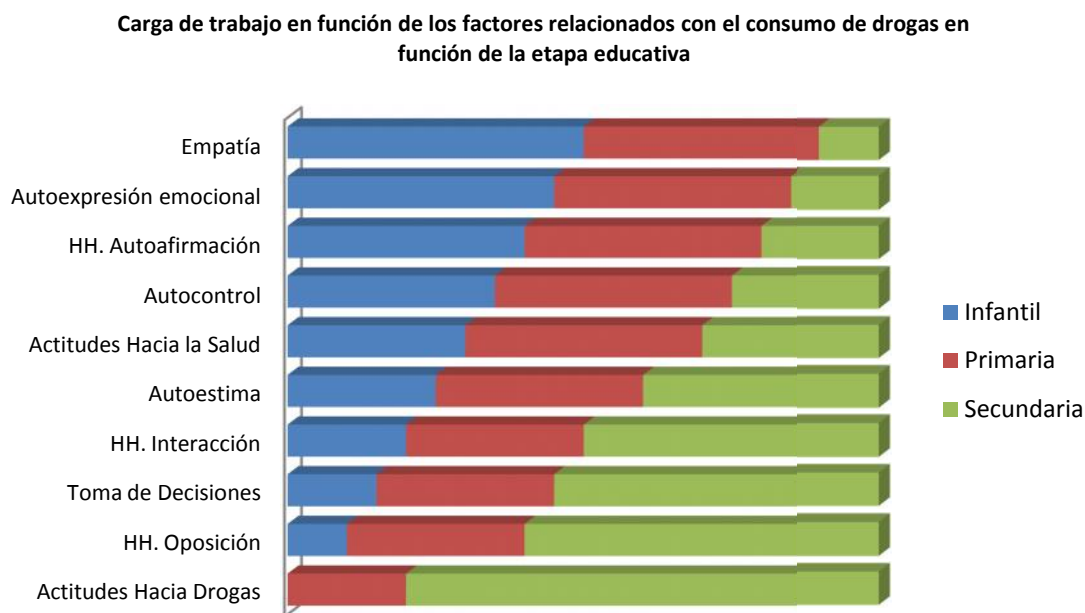


Figura 13

Carga de trabajo en cada factor en función de la etapa educativa en el PPV. Fuente: Megías, y Mendez (2007) PPV. Guía didáctica. Madrid.FAD.

Con los padres se trabaja a través de algunas actividades propuestas en el programa preventivo. La metodología es activa y flexible. Se desarrollan actividades que con el apoyo de diferentes guías didácticas se aplican de forma sencilla.

7.2.1.- Evaluación de la eficacia del programa Prevenir para Vivir.

El programa PPV ha sido desarrollado en diferentes comunidades autónomas. En el trabajo de Jiménez-Iglesias, Moreno, Oliva y Ramos (2010) donde se evalúa la eficacia del programa de prevención de drogodependencias en Eso en Andalucía, los resultados indican que hay un mayor consumo en todas las sustancias en los cursos más altos observándose además que no siempre son los adolescentes que han recibido programas de prevención de drogodependencias con personal especializado los que presentan un patrón de consumo más saludable. No obstante, los datos de este estudio apoyan la eficacia de PPV, señalando que hay un mayor porcentaje de adolescentes que no han tenido contacto con el tabaco y el cannabis entre quienes han seguido el programa aunque con el consumo de alcohol los resultados son menos claros, es más abundante el número de abstemios en el grupo control.

CAPÍTULO 8: HIPÓTESIS DE TRABAJO

A través de la evaluación del Programa de Prevención de las Drogodependencias PPV pretendemos verificar diferentes hipótesis:

- ✓ **HIPÓTESIS 1** Existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por el alumnado en los diferentes factores de riesgo/protección evaluados en función del sexo siendo las chicas las que presentan mayores puntuaciones en los factores de protección.
- ✓ **HIPÓTESIS 2** Existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por el alumnado en los diferentes factores de riesgo/protección en función del curso.
- ✓ **HIPÓTESIS 3** La intervención provocará cambios en los factores de riesgo/protección evaluados en función del curso:
 - 3.1 Aumentará significativamente la puntuación en Autoestima después de la intervención.
 - 3.2 Aumentará significativamente la puntuación en Habilidades de Interacción Social después de la intervención en el alumnado de Educación Infantil y Primer Ciclo de Educación Primaria mientras que disminuirá de forma significativa la puntuación en el alumnado de Segundo Ciclo de Educación Primaria y ESO.
 - 3.3 Aumentará significativamente la puntuación en Autocontrol después de la intervención en el alumnado de Educación Infantil y de Educación Primaria.
 - 3.4 Aumentará significativamente la puntuación en Actitudes hacia la Salud después de la intervención en el alumnado de Educación Infantil y Educación Primaria.
 - 3.5 Aumentará significativamente la puntuación en Empatía después de la intervención en el alumnado de Educación Primaria.
 - 3.6 Aumentará significativamente la puntuación en Autoexpresión Emocional después de la intervención en el alumnado de Primer Ciclo de Educación Primaria.

3.7 Aumentará significativamente las puntuaciones en Habilidades de Toma de Decisiones después de la intervención preventiva en el alumnado de ESO.

3.8 Aumentará significativamente la puntuación en Actitudes desfavorables hacia las Drogas después de la intervención preventiva en el alumnado de ESO.

- ✓ **Hipótesis 4: El alumnado perteneciente a centros donde hay una alta exposición al programa de prevención obtendrá unas puntuaciones mayores en los factores de protección.**
- ✓ **Hipótesis 5: El alumnado de educación secundaria que participa en sesiones de refuerzo puntuará más alto en las escalas evaluadas.**

CAPÍTULO 9: MÉTODO

9.1.- PARTICIPANTES

El número de participantes de la muestra fue de 3.454 estudiantes de la Comunidad de Madrid. La muestra se dividió en 4 bases de datos en función del instrumento de evaluación utilizado, en la Tabla 18 exponemos el número y porcentaje de estudiantes de cada etapa y en la Tabla 19 en función del sexo. En Educación Infantil formaron parte de la muestra 250 estudiantes, siendo mayor el porcentaje de niños que de niñas (53,2% vs. 46,4%). En el Primer y Segundo Ciclo de Primaria formaron parte de la muestra 849 estudiantes un 50,8% fueron niñas frente a un 48,8% de niños. En el Tercer Ciclo de Primaria fueron 520 estudiantes con un 51,9% de chicas frente a un 48% de chicos. Por último, en ESO participaron 1835 estudiantes con un mayor número de chicos frente a chicas (50,9% vs. 48,7%)

La muestra inicial se solicitó a 75 centros educativos de los cuales 45 eran públicos, 9 privados y 21 privados/concertados. En esta primera fase se perdieron 23 centros educativos, 15 públicos, 1 centro privado y 7 privados/concertados en donde por distintas razones no se aplicaron los instrumentos de evaluación. En la fase post-evaluación la muestra fue solicitada a 52 centros educativos de los cuales 30 eran públicos, 8 privados y 14 privados/concertados, en esta fase se perdieron 3 centros, 2 públicos y 1 privado/concertado (Tabla 20).

En la fase post-evaluación el número de participantes analizados fue de 2841 niños y niñas. En esta fase se perdieron 613 sujetos lo que supone una mortandad experimental del 17,75%. (Tabla 20)

Hemos llamado Preval_PPVNº a los instrumentos de evaluación. Preval es igual a Prevención-Evaluación y PPV son las iniciales del programa Prevenir para Vivir. El número hace referencia al instrumento de evaluación en función de la etapa educativa.

Se ha considerado el ciclo educativo como indicador de la edad. En la muestra que forma parte del instrumento de evaluación de Educación Infantil, Preval_PPV1, Evaluación, hay una media de edad de 5,10 años (DT = 0,31): rango de 4 a 6 años. En la muestra del Preval_PPV2 la media de edad es de 7,66 años (DT = 1,176): rango de 5 a 11 años. En la muestra del Preval_PPV3 la media de edad es de 10,66 (DT = 0,617):

rango de 10 a 12 años y en la muestra del Preval_PPV4 la media de edad es de 13,86 (DT = 1,408): rango de 11 a 18 años (Tabla 21). En las Tablas 22, 23, 24 y 25 vemos las frecuencias y porcentajes de estudiantes según años e instrumento de evaluación.

Tabla 18

Frecuencia y Porcentaje de estudiantes según instrumento de evaluación utilizado

INSTRUMENTO EVALUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preval_PPV1	250	7,24
Preval_PPV2	849	24,58
Preval_PPV3	520	15,05
Preval_PPV4	1835	53,13
Total	3454	100

Tabla 19

Porcentaje de estudiantes según instrumento de evaluación y sexo

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	ETAPA EDUCATIVA	PRE-EVALUACIÓN			POST-EVALUACIÓN		
		HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Preval_PPV1	3º Educación Infantil	53,2	46,4	99,6	55,5	44,4	99,9
Preval_PPV2	1º y 2º Ciclo Educación Primaria	48,8	50,8	99,6	49,7	50,2	99,9
Preval_PPV3	3º Ciclo Educación Primaria	48	51,9	99,9	48,9	51,1	100
Preval_PPV4	ESO	50,9	48,7	99,6	49,2	50,5	99,7

Tabla 20

Frecuencia tipo de centros que forman parte de la muestra

TIPO DE CENTRO	FASE PRE-EVALUACIÓN		FASE POST-EVALUACIÓN	
	PERDIDOS		PERDIDOS	
PÚBLICO	45	15	30	-
PRIVADO	9	1	8	2
PRIVADO/CONCERTADO	21	7	14	1
TOTAL	75	23	52	3

Tabla 21

Frecuencias y porcentajes de estudiantes según sexo y curso

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	CURSO	HOMBRE		MUJER		TOTAL VÁLIDOS*	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Preval_PPV1	3º Educación Infantil	133	53,2	116	46,4	249	96,6
Preval_PPV2	1º E. P.	100	45,7	119	54,3	219	100
	2º E. P.	99	47,8	108	52,2	207	100
	3º E. P.	112	49,8	111	49,3	223	99,1
	4º E. P.	104	52,5	94	47,5	198	100
Preval_PPV3	5º E. P.	137	51,1	131	48,9	268	100
	6º E. P.	113	44,8	139	55,2	252	100
Preval_PPV4	1º ESO	236	51,3	221	48	457	99,3
	2º ESO	311	48,9	325	51,1	636	100
	3º ESO	197	58,8	137	40,9	334	99,7
	4º ESO	191	47,3	211	52,2	402	99,5

Nota (*) Válidos son los no perdidos por el sistema informático SPSS con el que se han realizado los análisis estadísticos

Tabla 22

Frecuencias y porcentajes de estudiantes según años Preval_PPV1

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	Años	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Preval_PPV1	4	1	0,4	0,4
	5	224	89,6	90,0
	6	25	10,0	100
Total		250	100	100

Tabla 23

Frecuencias y porcentajes de estudiantes según años Preval_PPV2

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	Años	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Preval_PPV2	5	2	0,3	0,3
	6	160	20	20,3
	7	206	25,6	45,9
	8	215	26,7	72,6
	9	184	22,9	95,5
	10	34	4,2	99,7
	11	2	0,3	100
Total		803	100	100

Tabla 24

Frecuencias y porcentajes de estudiantes según años Preval_PPV3

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	Años	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Preval_PPV3	10	210	40,4	40,4
	11	268	51,5	91,9
	12	42	8,1	100
Total		520	100	100

Tabla 25

Frecuencias y porcentajes de estudiantes según años Preval_PPV4

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	Años	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Preval_PPV4	11	9	0.5	0.5
	12	308	16.8	17.4
	13	523	28.5	46
	14	409	22.3	68.4
	15	350	19.1	87.6
	16	132	7.2	94.8
	17	83	4.5	99.3
	18	12	0.7	100
Total		1826	100	100

9.2.- VARIABLES E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

Se elaboraron cuatro cuestionarios *ad hoc* como instrumentos de valoración de los diferentes factores de riesgo/ protección objeto de la presente tesis. Cada instrumento se aplica al alumnado en función de la etapa educativa y de los factores de riesgo/protección que desarrolla el programa de prevención de drogodependencias PPV (Tabla 26). Dado que el programa PPV se aplica a un rango amplio de edad se han tenido que generar diversos instrumentos acordes con las distintas edades y en dos formatos distintos, informes del profesor y auto-informes cumplimentados por los alumnos.

Para los alumnos de Educación Infantil, Primer y Segundo Ciclo de Primaria de 5 a 9 años de edad, se pide al profesor del aula que responda a los ítems que valoran los componentes del programa; mientras que los alumnos de 10 a 16 años (desde el 3º Ciclo de Primaria hasta 4º de ESO) deben completar un cuestionario con los ítems que

valoran los componentes del programa. Para las evaluaciones que requieren la información del profesorado se elaboraron dos cuestionarios para aplicar en los alumnos de Educación Infantil (5 años), 1º y 2º Ciclo de Primaria (1º a 4º curso de Primaria). Para el auto-informe del alumnado se elaboraron dos cuestionarios, uno para el Segundo Ciclo de Primaria (5º y 6º curso de Primaria) y otro para los alumnos de la ESO (1º a 4º de ESO). En total se han desarrollado cuatro instrumentos de evaluación para medir los cambios producidos en los alumnos en los diferentes componentes que trabaja el programa PPV. Los instrumentos se han identificado con el nombre de PREVAL_PPV ya que responden a una línea de instrumentos de evaluación de programas de prevención que se vienen desarrollando en el equipo de prevención en los últimos años y que adoptan este nombre (Martínez Higuera, 2012) (Tabla 27).

La elaboración de los cuestionarios de evaluación del programa PPV partió de una revisión del EIB del OEDT. Como ya hemos mencionado, el EIB pretende facilitar a los investigadores y técnicos europeos instrumentos de medida fiables de un conjunto amplio de indicadores del campo de las drogodependencias, contribuyendo con ello a la mejora de la planificación y evaluación de las medidas preventivas que se desarrollan en Europa. Concretamente, contiene un gran número de escalas básicas organizadas según 5 categorías: evaluación formativa o de proceso, evaluación de la planificación del programa, evaluación sumativa o de resultados, evaluación de variables mediadoras o intermedias, y evaluación en grupos y entornos especiales, donde se encuentran algunas propuestas de medida para grupos de alto riesgo.

Además del EIB se han explorado otras fuentes para identificar ítems que midieran los componentes del programa PPV, entre ellos:

Para la elaboración de los instrumentos de evaluación de la etapa de Educación Infantil (3º Infantil) y Primer Ciclo de Primaria (de 1º de Primaria a 4º de Primaria): PREVAL_PPV1 y PREVAL_PPV2

- a) Cuestionario de evaluación del programa de prevención “En la Huerta con mis Amigos” elaborado por López Santiago P del Ayto. de Murcia (Martínez

Higueras, 2001; Martínez Higueras 2012). Escala del factor autoimagen y afrontamiento.

- b) Mestre et al. (2004). La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index.
- c) Transformación de algunos ítems del IRI: Interpersonal Reactivity Index versión de Mestre et al. (2004). Concretamente de la dimensión Preocupación empática.
- d) Instrumentos elaborados especialmente para esta investigación.

Para la elaboración del instrumento de evaluación de la etapa del Segundo Ciclo de Educación Primaria (5º y 6º de Primaria): PREVAL_PPV3:

- a) Escala AUTE. Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptada por Luengo, et al. (1999), utilizada en la evaluación del programa Construyendo Salud.
- b) Mestre et al. (2004). La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index.
- c) Ítems del IRI: Interpersonal Reactivity Index de Davis, versión de Mestre et al. (2004). El IRI valora varias dimensiones del constructo Empatía: Toma de Perspectiva (PT), Fantasía (FS), Preocupación Empática (EC), Malestar Personal (PD): 28 ítems. Se eligen las dimensiones PT y EC que son los componentes más importantes de la empatía.
- d) Llorens et al. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis.
- e) Escala IA de la evaluación del programa Construyendo Salud de Luengo et al. (1999) derivada del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richely (1975).
- f) Cuestionario de evaluación del Programa Educativo de Prevención Escolar PEPE de la FAD (ítems 19-24) modificados en la redacción.
- g) Instrumentos elaborados especialmente para esta investigación.

Para la elaboración del instrumento de evaluación de de 1º a 4º de ESO: PREVAL_PPV4:

- a) Escala AUTE. Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptada por Luengo et al. (1999), utilizada en la evaluación del programa Construyendo Salud.
- b) Llorens et al. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis.
- c) Escala IA de la evaluación del programa Construyendo Salud de Luengo et al. (1999), derivada del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richely (1975).
- d) Escala HTD (Habilidades para Tomar Decisiones) del EIB del EMCDDA.
- e) Escala ACD (Actitudes ante el Consumo de Drogas) del EIB del EMCDDA.

Tabla 26

Variables medidas en función de la etapa educativa, de la edad y del curso

ETAPA EDUCATIVA	EDAD	CURSO	VARIABLES MEDIDAS
Educación Infantil	5-6 años	3º infantil	Autoestima
			Habilidades de Interacción Social
			Autocontrol
			Actitudes Hacia la Salud
1º y 2º Ciclo Educación Primaria	6-7 años	1º	Autoestima
	7-8 años	2º	Habilidades de Interacción Social
	8-9 años	3º	Autocontrol
	9-10 años	3º	Actitudes Hacia la Salud
		4º	Empatía
3º Ciclo Educación Primaria	10-11 años 11-12 años	5º 6º	Autoexpresión Emocional
			Autoestima
			Empatía
			Habilidades de Interacción Social
			Autocontrol
ESO	12-13 años	1º	Actitudes Hacia la Salud
	13-14 años	2º	Autoestima
	14-15 años	3º	Habilidades de Interacción Social
	15-16 años	3º	Habilidades de Toma de Decisiones
		4º	Actitudes Hacia las Drogas

Tabla 27

Instrumentos de evaluación del programa PPV en función de la recogida de información, según curso o etapa educativa y edad.

ETAPAS EDUCATIVAS	CURSO	EDAD	RECOGIDA INFORMACIÓN	NOMBRE DEL INSTRUMENTO CREADO
Educación Infantil	1º	3 -4 años		
	2º	4-5 años		
	3º	5-6 años	Informe profesor habitual	Preval_PPV1
Educación Primaria	1º	6-7 años	Informe profesor habitual	Preval_PPV2
	2º	7-8 años		
	3º	8-9 años		

3ºCiclo	4º	9-10 años		
	5º	10-11 años	Autoinforme	Preval_PPV3
	6º	11-12 años		
ESO	1º	12-13 años	Autoinforme	Preval_PPV4
	2º	13-14 años		
	3º	14-15 años		
	4º	15-16 años		
Bachillerato	1º	16-17 años		
	2º	17-18 años		

A continuación explicaremos cada instrumento de valoración detalladamente:

9.2.1.- Cuestionario PREVAL_PPV1: Educación Infantil

- ✓ Nº total de ítems 39.
- ✓ Destinatarios: niños y niñas cursando 3º de Educación Infantil.
- ✓ Modalidad de recogida de información: informe del profesor, el cual debe completar un cuestionario por alumno.
- ✓ Tipo de respuesta: escala de Likert de 0 (nada o poco) a 10 (mucho).
- ✓ Ítems para valorar 4 Factores del programa PPV: factor “Autoestima”, factor “Habilidades de Interacción Social”, factor “Autocontrol” y factor “Actitudes hacia la Salud”.

Antes de completar la información para cada alumno el profesor/a debe indicar los siguientes datos para identificar el cuestionario:

- a) Fecha en que completa el cuestionario
- b) Nombre del centro educativo
- c) Curso y Aula donde se encuentra el alumno
- d) Código para identificar al alumno/a que va a evaluar (tres primeras letras de su
- e) primer apellido; fecha de nacimiento)
- f) Edad y sexo del alumno o alumna
- g) Lugar de nacimiento

En la Tabla 28 mostramos la batería de ítems para la elaboración del Preval_PPV1.

Tabla 28

Batería de ítems para la elaboración del instrumento de evaluación del programa Prevenir para Vivir para los alumnos del 3º de Educación Infantil

	FUENTE	SELECCIÓN ÍTEMS
AUTOESTIMA 9 ÍTEMS	Cuestionario de evaluación del programa de prevención “En la Huerta con sus Amigos” elaborado por López Santiago y cols. del PMS del Ayto. Murcia. Escala del factor autoimagen y afrontamiento.	1. Tiene una imagen positiva de sí mismo/a. 2. Valora sus cualidades y características personales. 3. Expresa sus preferencias 4. Dice de sí mismo/a “no valgo” o “no sirvo para nada”. 5. Participa en trabajos en grupo asumiendo la responsabilidad que le corresponde. 6. Asume y realiza responsabilidades propias de su edad. 7. Defiende sus ideas y opiniones. 8. Es capaz de elegir entre diferentes actividades explicando los motivos. 9. Muestra un nivel de autonomía adecuado a su edad.
HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL 13 ÍTEMS	Banco de instrumentos EIB del EMCDDA Cuestionario evaluación EHA	10. Tiene pocos amigos. 11. Los demás niños no le hace caso. 12. Se niega a jugar con los demás. 13. Es servicial con los otros niños. 14. Le gusta estar solo. 15. Comparte los materiales y juegos con los compañeros. 16. Muestra una actitud de respeto hacia los demás. 17. Es sensible ante los problemas de sus compañeros. 18. Respeta las normas de aula y del centro escolar. 19. Se siente integrado dentro del grupo /aula. 20. Participa en actividades grupales en el aula. 21. Participa en actividades y juegos no dirigidos. 22. Participa en trabajos en grupo asumiendo la responsabilidad que le corresponde.
AUTOCONTROL 11 ÍTEMS	Elaborados especialmente para esta investigación	23. Se porta adecuadamente sin necesidad de estar encima o castigarle. 24. Es responsable con sus tareas escolares. 25. Se pone nervioso cuando tiene problemas personales. 26. Puede estar tranquilo cuando se le pide. 27. Pierde el material escolar. 28. Realiza sus trabajos escolares de forma ordenada y limpia. 29. Se levanta de su mesa y no se está quieto/a. 30. Actúa sin pensar o dice lo primero que se le ocurre. 31. Se muestra impulsivo y atolondrado con frecuencia. 32. Antes de actuar piensa en las consecuencias que puede tener. 33. Frecuentemente se pelea con otros niños.
ACTITUDES HACIA LA SALUD 6 ÍTEMS	Elaboración especial para esta investigación	34. Reconoce cuales son los alimentos saludables. 35. Protesta cuando se tiene que lavar las manos o los dientes. 36. Se ensucia a menudo la ropa en el patio y/o comedor. 37. Trae chuches a clase y le gusta comerlas. 38. Le gusta comer frutas y verduras. 39. Le gusta hacer ejercicio y actividades deportivas.

9.2.2.- Cuestionario PREVAL_PPV2. Primer Ciclo de Primaria: 1º y 2º. Segundo Ciclo de Primaria 3º y 4º Primaria

✓ Nº total de ítems 55.

- ✓ Destinatarios: niños y niñas cursando 1º de Educación Primaria, 2º de Primaria, 3º de Primaria y 4º de Primaria.
- ✓ Modalidad de recogida de información: informe del profesor, el cual debe completar un cuestionario por alumno.
- ✓ Tipo de respuesta: escala de Likert de 0 (“nada de acuerdo”, o “poco o nada”) a 10 (“muy de acuerdo” o “mucho”).
- ✓ Ítems para valorar 4 Factores del programa *Prevenir para Vivir*: factor “Autoestima”, factor “Habilidades de Interacción Social”, factor “Autocontrol”, factor “Actitudes hacia la Salud”, “Empatía”, “Autoexpresión Emocional”.

Antes de completar la información para cada alumno el profesor/a debe indicar los siguientes datos para identificar el cuestionario:

- a) Fecha en que completa el cuestionario
- b) Nombre del centro educativo
- c) Curso y Aula donde se encuentra el alumno
- d) Código para identificar al alumno/a que va a evaluar (tres primeras letras de su primer apellido; fecha de nacimiento)
- e) Edad y sexo del alumno o alumna
- f) Lugar de nacimiento

En la Tabla 29 mostramos la batería de ítems para la elaboración del Preval_PPV2.

Tabla 29

Batería de ítems para la elaboración del instrumento de valoración del programa Prevenir para Vivir para los alumnos del primer ciclo de primaria, 1º, 2º, 3º y 4º primaria.

	Fuente	Selección ítems
AUTOESTIMA	Cuestionario de evaluación del programa de prevención “En la Huerta con sus Amigos” elaborado por López Santiago y cols. Del PMS del Ayto. Murcia. Escala del factor	1. Tiene una imagen positiva de sí mismo/a.
9 ÍTEMS		2. Valora sus cualidades y características personales.
		3. Expresa sus preferencias
		4. Dice de sí mismo/a “no valgo” o “no sirvo para nada”.
		5. Participa en trabajos en grupo asumiendo la responsabilidad que le corresponde.
		6. Asume y realiza responsabilidades propias de su edad.
		7. Defiende sus ideas y opiniones.
		8. Es capaz de elegir entre diferentes actividades explicando los motivos.
		9. Muestra un nivel de autonomía adecuado a su edad.

	autoimagen y afrontamiento.	
EMPATÍA (SÓLO 1º Y 2º CICLO PRIMARIA)	Mestre, et al. (2004). La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index.	40. Muestra sentimientos tiernos y de preocupación hacia las personas menos afortunadas que él/ella 41. Se siente preocupado/a por los compañeros cuando tienen problemas. 42. Puede tener en cuenta las opiniones de los otros en un conflicto. 43. Sale en defensa de compañeros de los que se burlan o molestan otros. 44. Sabe ponerse en lugar de los otros para ver sus puntos de vista. 45. Le afectan las desgracias de los compañeros. 46. Sabe escuchar las opiniones de los compañeros en las discusiones o conversaciones. 47. Si ve que alguien es tratado injustamente siente compasión o sale en su defensa. 48. Le afectan emocionalmente las cosas que ocurren a su alrededor. 49. Este alumno es una persona bastante sensible.
10 ÍTEMS	Transformación de algunos ítems del IRI: Interpersonal Reactivity Index versión de Mestre et al. (2004). Concretamente de las dimensión Preocupación empática	
AUTOEXPRESIÓN EMOCIONAL (SÓLO PARA LOS ALUMNOS DE 1º Y 2º CICLO)		50. Expresa con facilidad sus emociones y sentimientos. 51. Pide ayuda cuando la necesita. 52. Dice abiertamente lo que le gusta y lo que no le gusta. 53. Pide ayuda y/o apoyo a los compañeros y profesores. 54. Brinda apoyo y cariño a sus compañeros de clase. 55. Canaliza adecuadamente las emociones negativas de aversión o rechazo.
6 ÍTEMS		
HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL	Banco de instrumentos EIB del EMCDDA	10. Tiene pocos amigos. 11. Los demás niños no le hace caso. 12. Se niega a jugar con los demás. 13. Es servicial con los otros niños. 14. Le gusta estar solo. 15. Comparte los materiales y juegos con los compañeros. 16. Muestra una actitud de respeto hacia los demás. 17. Es sensible ante los problemas de sus compañeros. 18. Respeta las normas de aula y del centro escolar. 19. Se siente integrado dentro del grupo /aula. 20. Participa en actividades grupales en el aula. 21. Participa en actividades y juegos no dirigidos. 22. Participa en trabajos en grupo asumiendo la responsabilidad que le corresponde.
13 ÍTEMS	Cuestionario evaluación EHA	
AUTOCONTROL	Elaborados especialmente para esta investigación	23. Se porta adecuadamente sin necesidad de estar encima o castigarle. 24. Es responsable con sus tareas escolares. 25. Se pone nervioso cuando tiene problemas personales. 26. Puede estar tranquilo cuando se le pide. 27. Pierde el material escolar. INVERSO 28. Realiza sus trabajos escolares de forma ordenada y limpia. 29. Se levanta de su mesa y no se está quieto/a. 30. Actúa sin pensar o dice lo primero que se le ocurre. 31. Se muestra impulsivo y atolondrado con frecuencia. 32. Antes de actuar piensa en las consecuencias que puede tener. 33. Frecuentemente se pelea con otros niños.
11 ÍTEMS		
ACTITUDES HACIA LA SALUD	Elaboración especial para esta investigación	34. Reconoce cuales son los alimentos saludables. 35. Protesta cuando se tiene que lavar las manos o los dientes. 36. Se ensucia a menudo la ropa en el patio y/o comedor.

6 ÍTEMS	37. Trae chuches a clase y le gusta comerlas. 38. Le gusta comer frutas y verduras. 39. Le gusta hacer ejercicio y actividades deportivas.
----------------	--

9.2.3.- Cuestionario PREVAL_PPV3. Tercer Ciclo Primaria: 5º y 6º de Primaria

- ✓ Nº total de ítems 48.
- ✓ Destinatarios: niños y niñas cursando 5º y 6º de Educación Primaria.
- ✓ Modalidad de recogida de información: auto-informe del propio alumno con una duración de 30-45 minutos.
- ✓ Tipo de respuesta: escala de Likert de 0 (poco de acuerdo, poco o nada) a 10 (muy de acuerdo mucho).
- ✓ Ítems para valorar 5 Factores del programa PPV: factor “Autoestima”, factor “Empatía”, factor “Habilidades de Interacción Social”, factor “Autocontrol” y factor “Actitudes hacia la Salud”

Antes de completar la información cada alumno debe indicar los siguientes datos para identificar el cuestionario:

- a) Fecha en que completa el cuestionario
- b) Nombre del centro educativo
- c) Curso y aula en la que está el alumno
- d) Código para identificar al alumno/a (tres primeras letras de su primer apellido; fecha de nacimiento)
- e) Edad y sexo del alumno o alumna
- f) Lugar de nacimiento

En la Tabla 30 mostramos la batería de ítems para la elaboración del Preval_PPV3.

Tabla 30

Batería de ítems para la elaboración del instrumento de evaluación del programa PPV para los alumnos del Segundo Ciclo de Primaria, 5º y 6º de Primaria

	FUENTE	SELECCIÓN ÍTEMS
AUTOESTIMA	Escala AUTE	1. En general estoy satisfecho conmigo mismo.
	(Escala de	2. A veces pienso que no sirvo para nada.
10 ÍTEMS	Autoestima de	3. Creo tener algunas cualidades buenas; por ejemplo, buen estudiante, buen compañero, bueno en los juegos, o similar.
	Rosenberg,	4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.
	adaptada por	

	Luengo et al. (1999), utilizada en la evaluación del programa Construyendo Salud. Utilizada también en el estudio de Fuenlabrada como parte del Preval_A. de Martínez Higuera (2012).	<p>5. Tengo pocos motivos para sentirme orgulloso de mí mismo.</p> <p>6. A veces me siento inútil.</p> <p>7. Me considero tan valioso como los demás.</p> <p>8. Desearía gustarme más.</p> <p>9. Pienso que soy un fracaso.</p> <p>10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.</p>
EMPATÍA 14 ÍTEMS	<p>Mestre et al. (2004). La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index.</p> <p>Ítems del IRI: Interpersonal Reactivity Index de Davis, versión de Mestre et al. (2004). El IRI valora varias dimensiones del constructo Empatía: Toma de Perspectiva (PT), Fantasía (FS), Preocupación empática (EC), Malestar Personal (PD): 28 ítems. Se eligen las dimensiones PT y EC que son los componentes más importantes de la empatía</p>	<p>11. Tengo sentimientos tiernos y de preocupación hacia las gentes menos afortunadas que yo.</p> <p>12. Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.</p> <p>13. Me siento muy preocupado por los compañeros cuando tienen problemas.</p> <p>14. Intento tener en cuenta todas las opiniones en un conflicto antes de tomar una decisión.</p> <p>15. Cuando veo que a alguien le están tomando el pelo o se burlan de él o ella, salgo en su defensa.</p> <p>16. Intento comprender mejor a mis amigos pensando en cómo ven ellos las cosas (poniéndome en su lugar).</p> <p>17. Las desgracias que le pasan a otras personas normalmente me molestan mucho.</p> <p>18. Si estoy seguro que tengo la razón en algo, no pierdo tiempo escuchando los argumentos de los demás.</p> <p>19. Cuando veo a alguien que está siendo tratado injustamente, siento compasión por él o ella.</p> <p>20. Me afectan emocionalmente las cosas que veo que ocurren.</p> <p>21. Pienso que hay dos partes para cada cuestión e intento tener en cuenta ambas partes.</p> <p>22. Cuando estoy disgustado con alguien, intento ponerme en su lugar por un momento.</p> <p>23. Me considero una persona bastante sensible.</p> <p>24. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuvieran en su lugar.</p>
HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL 6 ÍTEMS	Llorens et al. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Escala IA de la evaluación del programa Construyendo Salud de Luengo	<p>25. Tengo dificultades para conocer gente nueva.</p> <p>26. Me cuesta expresar mis sentimientos.</p> <p>27. Me cuesta iniciar, mantener o cerrar una conversación con personas que no conozco.</p> <p>28. Tengo problemas para relacionarme con personas del sexo opuesto.</p> <p>29. Me cuesta decir no a otras personas.</p> <p>30. Me resulta muy difícil negarme cuando me ofrecen participar en alguna actividad aunque no me apetezca.</p>

	et al. (1999), derivada del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richely	
AUTOCONTROL 12 ÍTEMS	Elaborados especialmente para esta investigación	31. Puedo portarme adecuadamente la mayor parte del tiempo sin que tengan que presionarme o castigarme. 32. Soy responsable con mis tareas escolares. 33. Me pongo nervioso cuando tengo problemas personales. 34. Puedo estar tranquilo la mayor parte del tiempo cuando me lo piden los profesores. 35. Frecuentemente pierdo el material escolar. 36. Realizo los trabajos escolares de forma ordenada y limpia. 37. Me comporto de forma impulsiva: hago lo primero que se me ocurre. 38. La mayor parte del tiempo actúo sin pensar. 39. Cuando me preguntan digo lo primero que se me ocurre, sin pensarlo antes bien. 40. Me comporto de forma impulsiva y atolondrada con frecuencia. 41. Antes de actuar pienso en las consecuencias que puede tener lo que haga. 42. Los demás dicen que soy un alumno responsable.
ACTITUDES HACIA LA SALUD 6 ÍTEMS	Cuestionario de evaluación del programa PEPE de la FAD (ítems 19- 24) modificados en la redacción	43. Vale la pena esforzarse en mantener la salud. 44. Cuando me divierto no pienso que lo que haga pueda perjudicar mi salud. 45. Siempre cumplo las indicaciones que me da el médico cuando estoy enfermo. 46. Intento comer alimentos saludables (frutas, verduras) aunque no me gusten mucho. 47. Por nada pondría en riesgo mi salud. 48. Rara vez hago ejercicio: deportes, caminar..., aunque sea bueno para mi salud.

9.2.4.- Cuestionario PREVAL_PPV4: 1º, 2º, 3º y 4º de ESO

- ✓ Nº total de ítems: 36
- ✓ Destinatarios: alumnos y alumnas cursando 1º, 2º, 3º y 4º de Secundaria (12 a 16 años).
- ✓ Modalidad de recogida de información: auto-informe del propio alumno con una duración de 45 a 60 minutos.
- ✓ Tipo de respuesta: escala de Likert de 0 (“poco de acuerdo” o “poco o nada”) a 10 (“muy de acuerdo” o “mucho”).
- ✓ Ítems para valorar 4 Factores del programa Prevenir para vivir: factor “Autoestima”, factor “Habilidades de Interacción Social” y factor “Habilidades de Toma de Decisiones”, y factor “Actitud Sobre Drogas”.

Antes de completar la información cada alumno debe indicar los siguientes datos para identificar el cuestionario:

- a) Fecha en que completa el cuestionario
- b) Nombre del centro educativo
- c) Curso y aula en la que está el alumno
- d) Código para identificar al alumno/a (tres primeras letras de su primer apellido; fecha de nacimiento)
- e) Edad y sexo del alumno o alumna
- f) Lugar de nacimiento

En la Tabla 31 mostramos la batería de ítems para la elaboración del Preval_PPV4.

Tabla 31

Batería de ítems para la elaboración del instrumento de evaluación del programa PPV para los alumnos 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO

	FUENTE	SELECCIÓN ÍTEMS
AUTOESTIMA 10 ÍTEMS	<p>Escala AUTE (Escala de Autoestima de Rosenberg, adaptada por Luengo et al. 1999), Utilizada en la evaluación del programa Construyendo Salud.</p> <p>Utilizada también en el estudio de Fuenlabrada como parte del Preval_A. de Martínez Higuera (2012).</p>	<p>1. En general estoy satisfecho conmigo mismo.</p> <p>2. A veces pienso que no sirvo para nada.</p> <p>3. Creo tener algunas cualidades buenas; por ejemplo, buen estudiante, buen compañero, bueno en los juegos, o similar</p> <p>4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.</p> <p>5. Tengo pocos motivos para sentirme orgulloso de mí mismo.</p> <p>6. A veces me siento inútil.</p> <p>7. Me considero tan valioso como los demás.</p> <p>8. Desearía gustarme más.</p> <p>9. Pienso que soy un fracaso.</p> <p>10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.</p>
HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL 6 ÍTEMS	<p>Llorens, et al. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis.</p> <p>Escala IA de la evaluación del programa Construyendo Salud (Luengo et al. 1999), derivada del Inventario de Asertividad de</p>	<p>11. Tengo dificultades para conocer gente nueva.</p> <p>12. Me cuesta expresar mis sentimientos.</p> <p>13. Me cuesta iniciar, mantener o cerrar una conversación con personas que no conozco.</p>

Gambrill y Richely		<p>14. Tengo problemas para relacionarme con personas del sexo opuesto.</p> <p>15. Me cuesta decir no a otras personas.</p> <p>16. Me resulta muy difícil negarme cuando me ofrecen participar en alguna actividad aunque no me apetezca.</p>
HABILIDADES DE TOMA DE DECISIONES	Escala HTD (Habilidades para Tomar Decisiones) del EIB del EMCDDA	<p>17. Cuando he decidido hacer algo, siempre lo llevo a cabo.</p> <p>18. Tomo decisiones sin pensar las consecuencias.</p> <p>19. Decido las cosas según me viene a la cabeza.</p> <p>20. Tengo en cuenta todas las opciones o posibilidades antes de decidirme a algo.</p> <p>21. Hago cosas de las que después me arrepiento.</p> <p>22. Cuando tengo una idea tomo una decisión sin pensar.</p> <p>23. Cambio mi decisión sobre algo varias veces al día.</p> <p>24. Cuando decido algo, no importa lo que piensen mis amigos.</p>
8 ÍTEMS		
ACTITUDES SOBRE DROGAS	Escala ACD (Actitudes ante el Consumo de Drogas) del EIB del EMCDDA	<p>25. Consumir drogas puede ser agradable.</p> <p>26. Una persona joven nunca debería probar drogas.</p> <p>27. Hay pocas cosas más peligrosas que experimentar con drogas.</p> <p>28. Consumir drogas es divertido.</p> <p>29. Hay muchas cosas mucho más arriesgadas que probar drogas.</p> <p>30. Todo el que prueba drogas acaba lamentándolo.</p> <p>31. Las leyes en materia de drogas deberían ser más estrictas.</p> <p>32. El uso de drogas es uno de los grandes problemas de los jóvenes.</p> <p>33. Las drogas ayudan a la gente a tener una experiencia plena de la vida.</p> <p>34. En los institutos o colegios se deberían enseñar los peligros reales del consumo de drogas.</p> <p>35. La policía no debería meterse con los jóvenes que prueban drogas.</p> <p>36. Probar las drogas es perder el control de tu vida.</p>
12 ÍTEMS		

9.3.- PROCEDIMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

9.3.1.- Selección muestra

La muestra ha sido seleccionada a partir del listado de centros educativos de la CAM que participaron en el programa educativo PPV en el año 2010-2011 facilitado por la FAD a través de diversas bases de datos. Una vez seleccionados los centros hicimos una nueva selección de los cursos y aulas que participarían en función de la etapa educativa.

9.3.2.- Recogida de información

Los informes y autoinformes sin cumplimentar se facilitaron a la FAD que a través de sus coordinadores del programa PPV se encargaron de gestionar con profesores y alumnado su cumplimentación para después hacérselo llegar dentro de sobres cerrados y con códigos que garantizaban la protección de los datos. El flujo de trabajo fue el siguiente:

1. Entrega de Sobres numerados con los cuestionarios: Pre-evaluación: Febrero - Abril 2011; Post- evaluación: Mayo - Junio 2011.
2. Realización de las tres Bases de Datos en función del instrumento de evaluación con el SPSS: Pre-test noviembre - junio 2011 Post-test julio - agosto 2011.
3. Análisis estadístico de los datos: Agosto 2011.

9.3.3.- Diseño de investigación y análisis de datos

En un primer apartado analizamos las estructuras internas de los cuestionarios para ver la fiabilidad de las escalas utilizadas en nuestros diferentes instrumentos de evaluación, para ello calculamos el *Coeficiente Alpha de Cronbach*.

Hemos empleado un diseño clásico cuasi-experimental pre-test-post-test sin grupo control. Realizamos análisis descriptivos de frecuencias en función del sexo y curso determinando la media como medida de tendencia central y la desviación típica como medida de dispersión.

Hemos realizado ANOVAs de medidas repetidas, concretamente se ha utilizado el procedimiento de modelo lineal general con medidas repetidas para estudiar el efecto del programa de prevención en los diferentes factores de riesgo y protección en función del sexo y del curso. Se analizaron las diferencias en los factores de riesgo y protección en función de la alta o baja exposición a la prevención. Por último valoramos las diferencias entre el alumnado de la ESO que ha participado en sesiones de refuerzo y los que no lo han hecho.

Como estadístico de medida del tamaño del efecto se utilizó el η_p^2 corregido considerando un tamaño del efecto pequeño entre 0,01 y 0,03, moderado entre 0,04 y 0,10 y amplio por encima de 0,10 (Huberty, 2002).

Para estos análisis estadísticos se ha utilizado el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) en su versión 20.

CAPÍTULO 10: RESULTADOS

10.1.- Fiabilidad de los Instrumentos de Valoración

Se calculó el *Coefficiente Alpha de Cronbach* como medida de consistencia interna tanto en la fase pre-evaluación como en la fase post-evaluación de las escalas incluidas en cada uno de los instrumentos de valoración. La consistencia interna de una escala es un indicador del grado de precisión con el que el conjunto de preguntas de la misma mide el concepto al que hace referencia. Valores de fiabilidad por debajo de $\alpha = 0,60$, en el ámbito de las escalas de actitudes, indican que la consistencia interna debe revisarse (Martínez Arias, 1995; Nunnally, 1978; Santisteban, 1990). Siguiendo el criterio de George y Mallery (1995), un alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si toma un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se sitúa entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente. Las escalas del Preval_PP1 muestran una adecuada fiabilidad, exceptuando la Escala Actitudes Hacia la Salud en la fase pre-evaluación (Tabla 32).

Tabla 32

Resumen fiabilidad escala Preval_PP1 pre- evaluación y post-evaluación 3º Infantil

		ALPHA DE CRONBACH	
Escala		Escala Pre ^a	Escala Post ^b
Preval_PP1	Autoestima	0,93	0,93
	Habilidades Interacción Social	0,86	0,90
	Autocontrol	0,90	0,90
	Actitudes hacia la Salud	0,42	0,65

Nota: Preval_PP1= Alumnado 3º Infantil. ^aPre-evaluación, ^bPost-evaluación.

Las escalas del Preval_PP2 muestran una adecuada fiabilidad, exceptuando la Escala Actitudes Hacia la Salud en ambas fases, pre-evaluación y post-evaluación (Tabla 33).

Tabla 33

Resumen fiabilidad escala Preval_PP2 pre- evaluación y post-evaluación 1º y 2º Ciclo Primaria

		ALPHA DE CRONBACH	
Escala Preval_PP2		Escala Pre ^a	Escala Post ^b
	Autoestima	0,92	0,91
	Habilidades de Interacción Social	0,88	0,86

Autocontrol	0,90	0,90
Actitudes hacia la Salud	0,52	0,52
Empatía	0,90	0,92
Autoexpresión Emocional	0,81	0,81

Nota: Preval_PP2= Alumnado 1º y 2º ciclo Educación Primaria. ^aPre-evaluación, ^bPost-evaluación.

Las escalas del Preval_PP3 muestran una adecuada fiabilidad, exceptuando la Escala Habilidades de Interacción Social en la fase Pre-evaluación y la Escala Actitudes Hacia la Salud en ambas fases, pre-evaluación y post-evaluación (Tabla 34).

Tabla 34

Resumen fiabilidad escala Preval_PP3 pre- evaluación y post-evaluación 3º Ciclo Primaria

ALPHA DE CRONBACH		
Escala Preval_PP3	Escala Pre ^a	Escala Post ^b
Autoestima	0,86	0,86
Empatía	0,77	0,78
Habilidades Interacción Social	0,54	0,66
Autocontrol	0,80	0,83
Actitudes hacia la Salud	0,35	0,48

Nota: Preval_PP3= Alumnado 3º ciclo Educación Primaria. ^aPre-evaluación, ^bPost-evaluación

Por último las escalas del Preval_PP4 muestran una adecuada fiabilidad (Tabla 35).

Tabla 35

Resumen fiabilidad escala Preval_PP4 pre- evaluación y post-evaluación ESO

ALPHA DE CRONBACH		
Escala Preval_PP4	Escala Pre ^a	Escala Post ^b
Autoestima	0,82	0,90
Habilidades Interacción Social	0,66	0,72
Habilidades de Toma de decisiones	0,74	0,77
Actitudes hacia las Drogas	0,79	0,83

Nota: Preval_PP4= Alumnado Educación Secundaria. ^aPre-evaluación, ^bPost-evaluación

Las escalas que han obtenido una puntuación inferior a 0,60 que sería el punto de corte a partir del cual podríamos considerar con fiabilidad aceptable, han sido incluidas con el fin de aportar una visión más integradora en la presente tesis.

Como conclusión podemos afirmar que la fiabilidad de las escalas incluidas en los diferentes instrumentos de evaluación utilizados para es bastante aceptable.

10.1.- HIPÓTESIS 1: Existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por el alumnado en los diferentes factores de riesgo/protección evaluados en función del sexo siendo las chicas las que tienen más factores de protección

10.2.- HIPÓTESIS 2: Existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por el alumnado en los diferentes factores de riesgo/protección en función del curso

Para estudiar los posibles efectos del sexo y del curso en las escalas utilizadas, se realizó un Análisis de Varianza en el que se consideraron como variables dependientes las diferentes escalas (Autoestima, Habilidades de Interacción Social, Empatía, etc.) y como factores de agrupación el sexo y el curso académico. En el caso del Preval _PPV1, sólo se consideró el sexo, pues se evaluó únicamente el curso de 3º de Infantil.

10.2.1.- AUTOESTIMA

3º de Infantil

En la tabla 36 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autoestima en la fase pre-evaluación En la Figura 14 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo.

Tabla 36

Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado 3º Educación Infantil

sexo		Autoestima
Niños	Media	6,96
	Desviación típica	1,92
	N	133
Niñas	Media	7,67
	Desviación típica	1,61

N	116
---	-----

Nota. Autoestima= fase Pre-evaluación.

El ANOVA indicó una mayor puntuación en autoestima en las niñas, $F(1,247) = 9.69$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.038$ en la fase pre-evaluación (Figura 14).

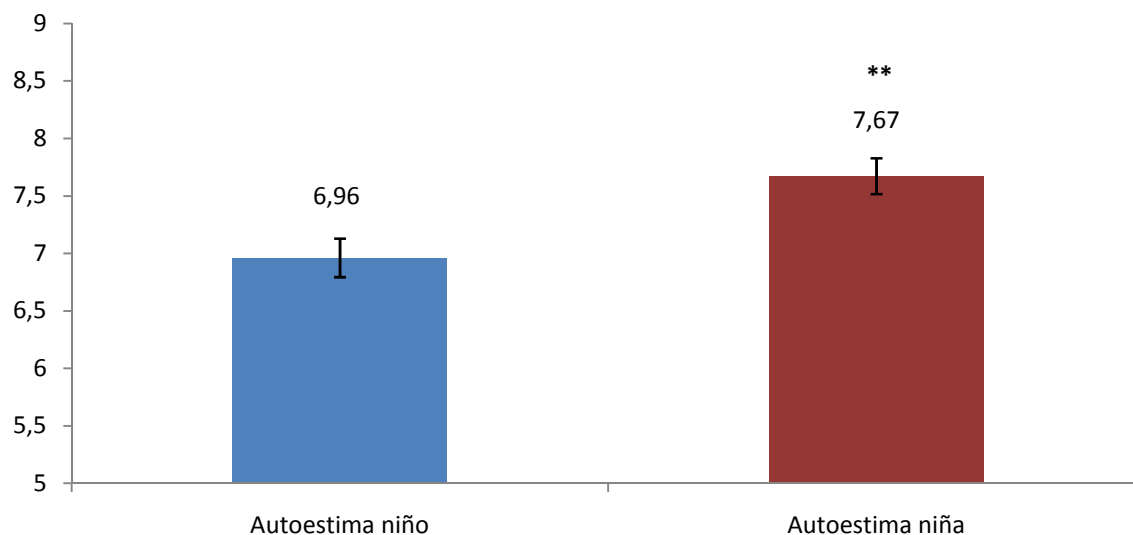


Figura 14

Puntuación media en Autoestima según sexo

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autoestima alumnado 3º Educación Infantil

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ªEta al cuadrado parcial</i>
Autoestima * sexo	9,69**	0,002	0,038

1º y 2º ciclo primaria: 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

En la tabla 37 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autoestima en la fase pre-evaluación. En la Figura 15 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo y curso.

Tabla 37

Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

Autoestima				
sexo	curso	Media	Desviación típica	N
Niños	1º EPO	6,58	1,64	100
	2º EPO	6,99	1,60	99
	3º EPO	7,07	1,76	112
	4º EPO	6,65	1,47	104
	Total	6,83	1,63	415
Niñas	1º EPO	6,96	1,33	119
	2º EPO	7,37	1,35	108
	3º EPO	7,24	1,79	111
	4º EPO	7,01	1,64	94
	Total	7,15	1,54	432
Total	1º EPO	6,79	1,49	219
	2º EPO	7,19	1,48	207
	3º EPO	7,15	1,77	223
	4º EPO	6,82	1,56	198
	Total	6,99	1,59	847

Nota. Autoestima= fase Pre-evaluación.

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Autoestima en las niñas, $F(1,839) = 8.646$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.010$ en todos los cursos del primer y segundo ciclo de educación primaria (1º, 2º, 3º y 4º de primaria) en la fase pre-evaluación.

El ANOVA indicó diferencias significativas entre los cursos en Autoestima, $F(1,839) = 3.805$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.013$ obteniéndose las mayores puntuaciones en 2º de primaria en la fase pre-evaluación.

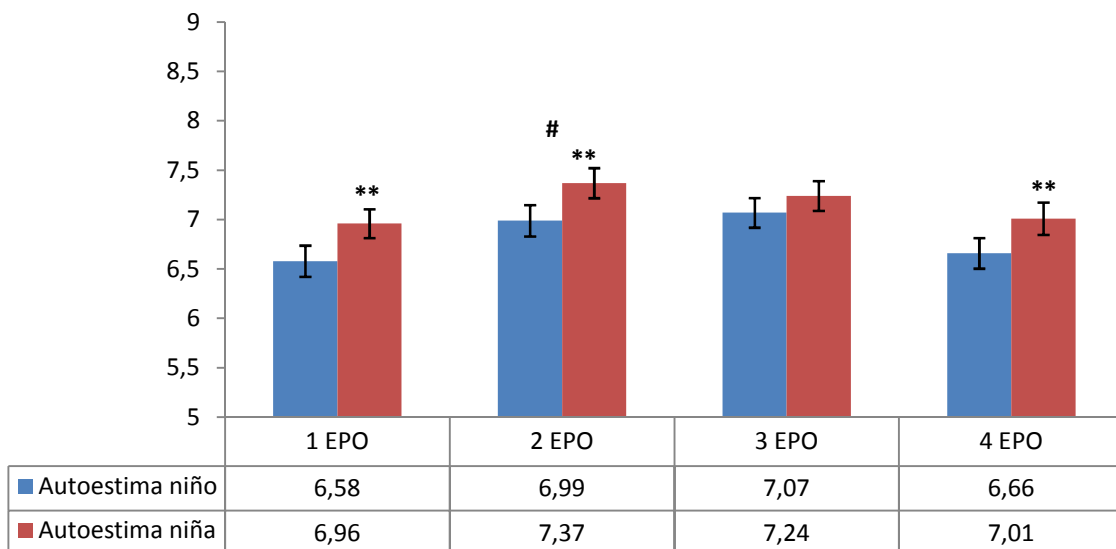


Figura 15
Puntuación media en Autoestima según sexo y curso en 1º y 2º Ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autoestima alumnado de 1º y 2º Ciclo Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ªEta al cuadrado parcial</i>
Autoestima * sexo	8,646**	0,003	0,010
Autoestima * curso	3,805**	0,010	0,013
curso * sexo	0,208	0,891	0,001

3º ciclo primaria: 5º y 6º de Educación Primaria

En la Tabla 38 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autoestima en la fase pre-evaluación. En la Figura 16 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo.

Tabla 38

Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

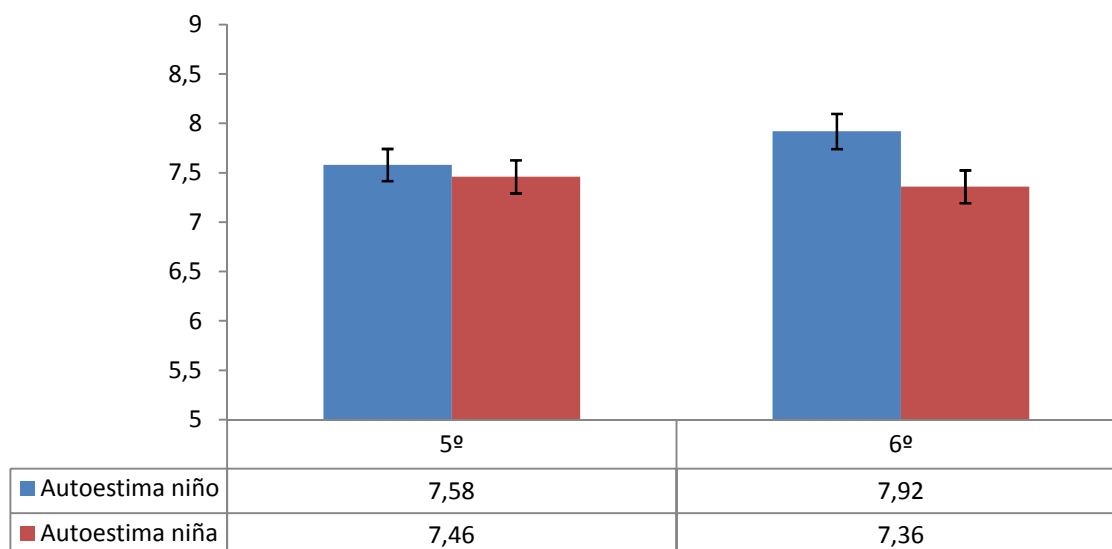
Autoestima				
sexo	Curso	Media	Desviación típica	N
Chicos	5º EPO	7,38	2,07	137
	6º EPO	7,90	1,43	113
	Total	7,61	1,82	250
Chicas	5º EPO	7,39	1,90	131
	6º EPO	7,32	1,84	139
	Total	7,36	1,86	270
Total	5º EPO	7,39	1,98	268
	6º EPO	7,58	1,69	252
	Total	7,48	1,85	520

Nota. Autoestima = fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó que en el alumnado del 3º ciclo de educación primaria la tendencia es a que sean los chicos los que obtienen mayores puntuaciones en autoestima $F(1,516) = 2.985$, $p = 0.085$.

El ANOVA no mostró diferencias significativas en función del curso $F(1,516) = 1.888$, $p = 0.170$.

En cuanto a la interacción curso*sexo La dimensión Autoestima funciona de diferente manera según el sexo y el curso. Es en 6º de primaria donde la dimensión autoestima tiende a crecer más en niños, $F(1,516) = 3.302$, $p = 0,070$ (Figura 16).

**Figura 16**

Puntuación media en Autoestima según sexo y curso en 3º Ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autoestima alumnado de 3º Ciclo Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ªEta al cuadrado parcial</i>
Autoestima * sexo	2,985	0,085	0,006
Autoestima * curso	1,888	0,170	0,004
Curso * sexo	3,302	0,070	0,006

1º, 2º, 3º y 4º ESO

En la Tabla 39 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autoestima en la fase pre-evaluación. En la Figura 17 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo y el curso.

Tabla 39

Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado de Educación Secundaria Obligatoria: 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO

Autoestima				
sexo	curso	Media	Desviación típica	N
hombre	1º ESO	7,63	1,74	236
	2º ESO	7,53	1,89	311
	3º ESO	7,74	1,83	197
	4º ESO	7,97	1,57	191
	Total	7,69	1,78	935
mujer	1º ESO	7,34	1,88	221
	2º ESO	6,95	2,06	325
	3º ESO	6,89	2,13	137
	4º ESO	7,07	1,82	211

	Total	7,07	1,98	894
Total	1º ESO	7,49	1,82	457
	2º ESO	7,23	2,00	636
	3º ESO	7,39	2,00	334
	4º ESO	7,50	1,76	402
	Total	7,38	1,91	1829

Nota. Autoestima= fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó una mayor puntuación en autoestima en los chicos, $F(1,1821) = 51.539, p < 0.001, \eta^2 = 0.028$ (Figura 17).

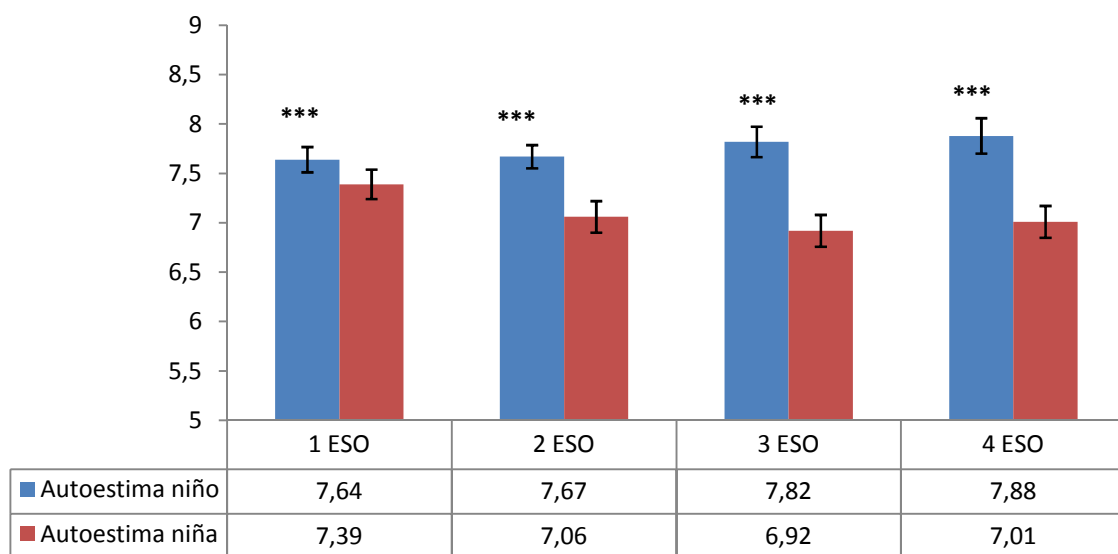


Figura 17

Puntuación media en Autoestima según sexo y curso en ESO

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autoestima alumnado de ESO

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>η² al cuadrado parcial</i>
Autoestima * sexo	51,539***	0,000	0,028
Autoestima * curso	2,439	0,063	0,004
Curso * sexo	2,316	0,074	0,004

En resumen el factor Autoestima es mayor en las niñas en las etapas de Educación Infantil y 1º y 2º ciclo de Educación Primaria. A partir del 3º ciclo de Educación Primaria y en ESO se invierten los resultados siendo los chicos quienes obtienen una mayor puntuación en el factor Autoestima.

10.2.2.- HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL

3º de Infantil

En la tabla 40 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Habilidades de Interacción Social. En la Figura 18 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo.

Tabla 40

Estadísticos descriptivos escala Habilidades de Interacción Social, alumnado 3º Educación Infantil

sexo		Habilidades de Interacción Social
Niños	Media	7,27
	N	133
	Desviación típica	1,39
Niñas	Media	7,79
	N	116
	Desviación típica	1,36

Nota. Habilidades de interacción social= fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó una mayor puntuación en las niñas, $F(1,247) = 8.72$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.034$ ().

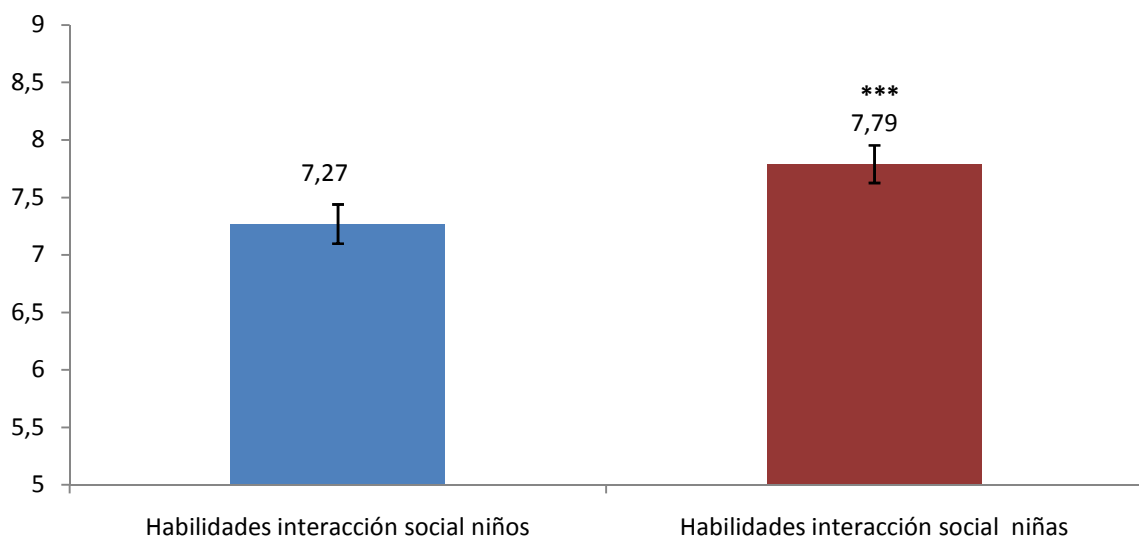


Figura 18

Puntuación media en Habilidades de Interacción Social según sexo en 3º de Educación Infantil

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Habilidades de Interacción Social alumnado 3º Educación Infantil

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>η² al cuadrado parcial</i>
Habilidades Interacción Social * sexo	8,720**	0,003	0,034

1º y 2º ciclo primaria: 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

En la Tabla 41 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Habilidades Interacción Social. En la Figura 19 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo.

Tabla 41

Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

Habilidades Interacción Social				
sexo	curso	Media	Desviación típica	N
Niños	1º EPO	6,82	1,35	100
	2º EPO	6,99	1,23	99
	3º EPO	7,23	1,55	112
	4º EPO	6,96	1,21	104
	Total	7,01	1,35	415
Niñas	1º EPO	7,23	1,19	119
	2º EPO	7,69	1,06	108
	3º EPO	7,36	1,59	111
	4º EPO	7,54	1,33	94
	Total	7,44	1,31	432
Total	1º EPO	6,79	1,28	219
	2º EPO	7,19	1,20	207
	3º EPO	7,15	1,57	223
	4º EPO	6,82	1,30	198
	Total	6,99	1,35	847

Nota. Habilidades interacción social= fase Pre-evaluación.

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Habilidades Interacción Social en las niñas, $F(1,839) = 24.537$ $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.028$ en todos los cursos del Primer y Segundo Ciclo de Educación Primaria (1º, 2º, 3º y 4º de Primaria).

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas entre los cursos en Habilidades Interacción Social, $F(1,839) = 2.336$ $p = 0.07$.

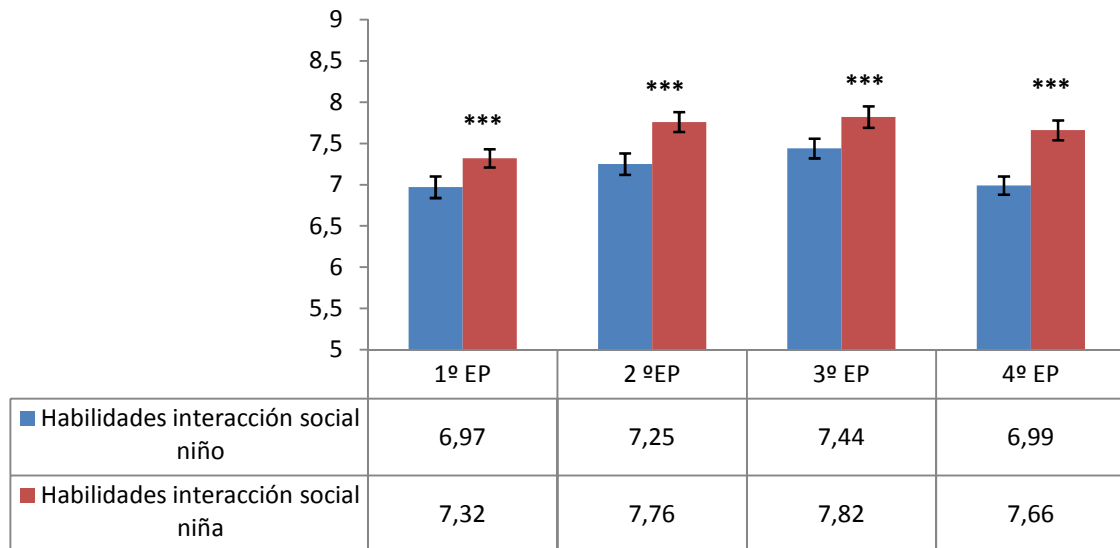


Figura 19

Puntuación media en Habilidades Interacción Social según sexo y curso en 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Habilidades Interacción Social alumnado de 1º y 2º ciclo primaria

	F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
Habilidades interacción social * sexo	24,537***	0,000	0,028
Habilidades interacción social * curso	2,336	0,072	0,008
Curso * sexo	1,861	0,135	0,007

3º ciclo primaria: 5º y 6º de Educación Primaria

En la Tabla 42 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Habilidades Interacción Social. En la Figura 20 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo.

Tabla 42

Estadísticos descriptivos escala Habilidades interacción social alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

Autoestima				
sexo	Curso	Media	Desviación típica	N
Chicos	5º EP	4,79	1,89	137
	6º EP	3,92	1,75	113
	Total	4,40	1,88	250
Chicas	5º EP	5,28	1,75	131
	6º EP	4,73	1,98	139
	Total	5,00	1,88	270

Total	5º EP	5,03	1,84	268
	6º EP	4,37	1,92	252
	Total	4,71	1,90	520

Nota. Habilidades interacción social= fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Habilidades Interacción Social en las niñas, $F(1,516) = 15.913$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.030$. En esta dimensión a menos puntuación obtenida más Habilidad de Interacción Social hay. Por lo tanto los niños son los que parece que tienen más habilidades de interacción social.

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Habilidades de Interacción Social en 5º de primaria, $F(1,516) = 18.969$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.035$. Es en 6º de Primaria donde parece que tienen más habilidades sociales ya que en esta escala a menor puntuación mayores son las habilidades sociales en los participantes.

La interacción curso*sexo no muestra diferencias significativas $F(1,516) = 0.961$, $p = 0.327$ (Figura 20).

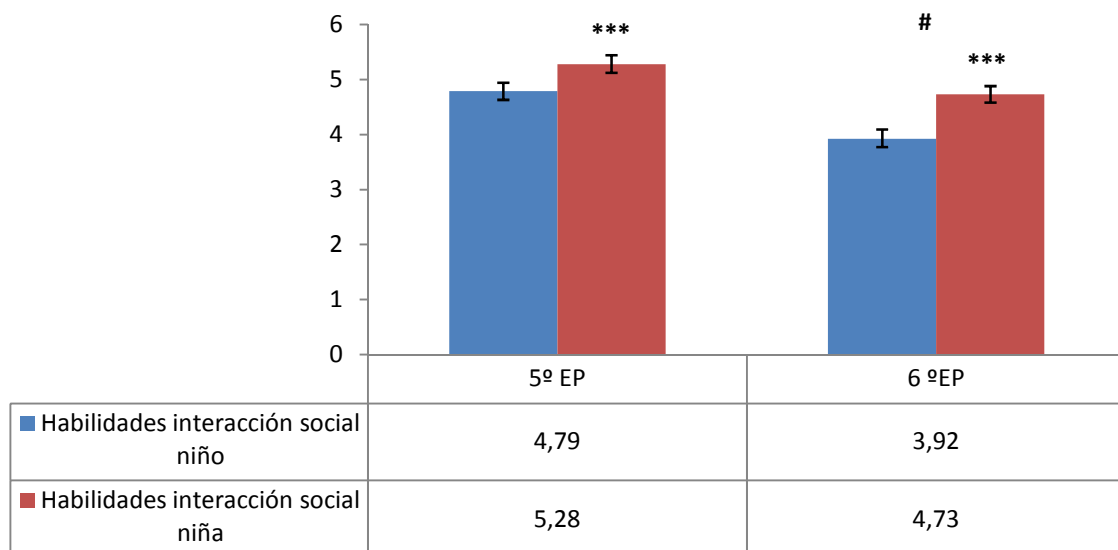


Figura 20
Puntuación media en Habilidades Interacción Social según sexo y curso en 3º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Habilidades Interacción Social alumnado de 3º ciclo primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ªEta al cuadrado parcial</i>
Habilidades Interacción Social*sexo	15,913***	0,000	0,030

Habilidades interacción social *curso	18,989***	0,000	0,035
Curso*sexo	0,961	0,327	0,002

Nota. A menor puntuación mejor es la puntuación en la escala Habilidades interacción social. Escala que puntúa de forma inversa. Eje de 0 a 6 para poder reflejar datos

1º, 2º, 3º y 4º ESO

En la Tabla 43 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Habilidades Interacción Social en función del sexo y del curso

Tabla 43

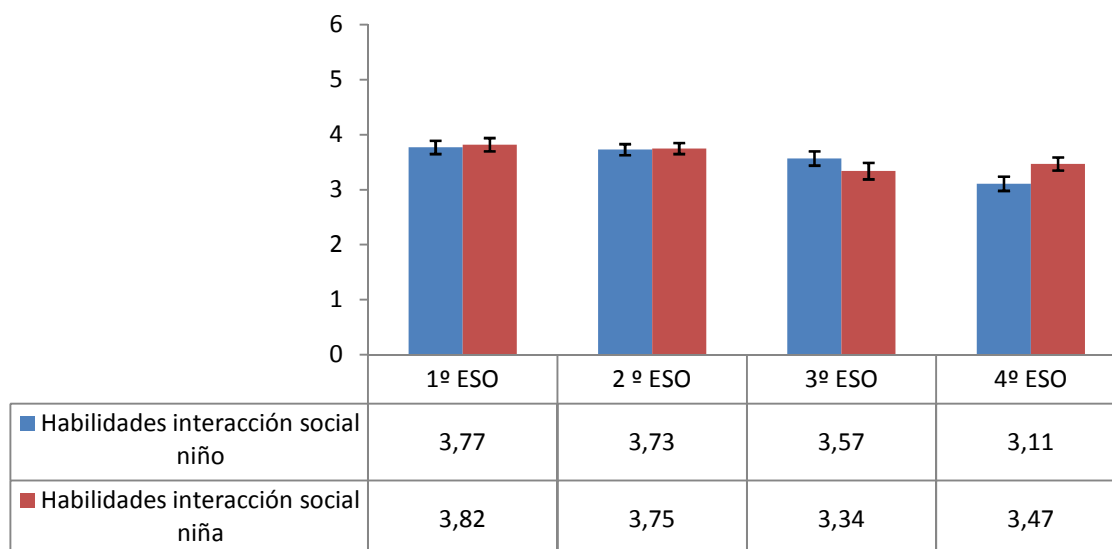
Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social en el alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO

Habilidades interacción social				
sexo	curso	Media	Desviación típica	N
hombre	1º ESO	3,77	2,02	236
	2º ESO	3,73	1,86	311
	3º ESO	3,57	1,97	197
	4º ESO	3,11	1,86	191
	Total	3,58	1,94	935
mujer	1º ESO	3,82	1,72	221
	2º ESO	3,75	1,83	325
	3º ESO	3,34	1,75	137
	4º ESO	3,47	1,66	211
	Total	3,64	1,76	894
Total	1º ESO	3,79	1,88	457
	2º ESO	3,74	1,85	636
	3º ESO	3,48	1,88	334
	4º ESO	3,30	1,76	402
	Total	3,61	1,85	1829

Nota. Habilidades interacción social= fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas entre chicos y chicas en la dimensión Habilidades de Interacción Social $F(1,1821) = 0.355$, $p = 0.552$.

Sí aparecieron diferencias significativas con respecto al curso. En 1º de la ESO las puntuaciones fueron mayores que en el resto de los cursos de ESO, $F(1,1821) = 7.307$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.012$. Es una escala que puntúa de forma inversa, es decir, a mayor puntuación menos Habilidades de Interacción Social tiene el alumnado (Figura 21).

**Figura 21**

Puntuación media en Habilidades Interacción Social según sexo y curso en ESO
Pruebas de los efectos inter-grupos escala Habilidades Interacción Social alumnado de ESO

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>aEta al cuadrado parcial</i>
Habilidades interacción social*sexo	0,355	0,552	0,000
Habilidades interacción social*curso	7,307***	0,000	0,012
Curso * sexo	1,603	0,187	0,003

Nota. A menor puntuación mejor es la puntuación en la escala habilidades interacción social. Escala que puntúa de forma inversa. Eje de 0 a 6 para poder reflejar datos.

Como resumen, en nuestro estudio son las niñas las que obtendrán mejores puntuaciones en la escala Habilidades Interacción Social en educación infantil y primer y segundo ciclo de Educación Primaria. En el tercer ciclo de Educación Primaria son los chicos quienes tendrán mejores Habilidades de Interacción Social mientras que en ESO no aparecen diferencias significativas entre los chicos y las chicas.

10.2.3.- AUTOCONTROL

3º de Infantil

En la Tabla 44 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autocontrol. En la Figura 22 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo.

Tabla 44

Estadísticos descriptivos escala Autocontrol, alumnado 3º Educación Infantil

sexo	Autocontrol
------	-------------

Niños	Media	6,13
	N	133
	Desviación típica	1,96
Niñas	Media	7,35
	N	116
	Desviación típica	1,75

Nota. Autocontrol= fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó una mayor puntuación en las niñas, $F(1,247) = 26.067$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.095$ (Figura 22).

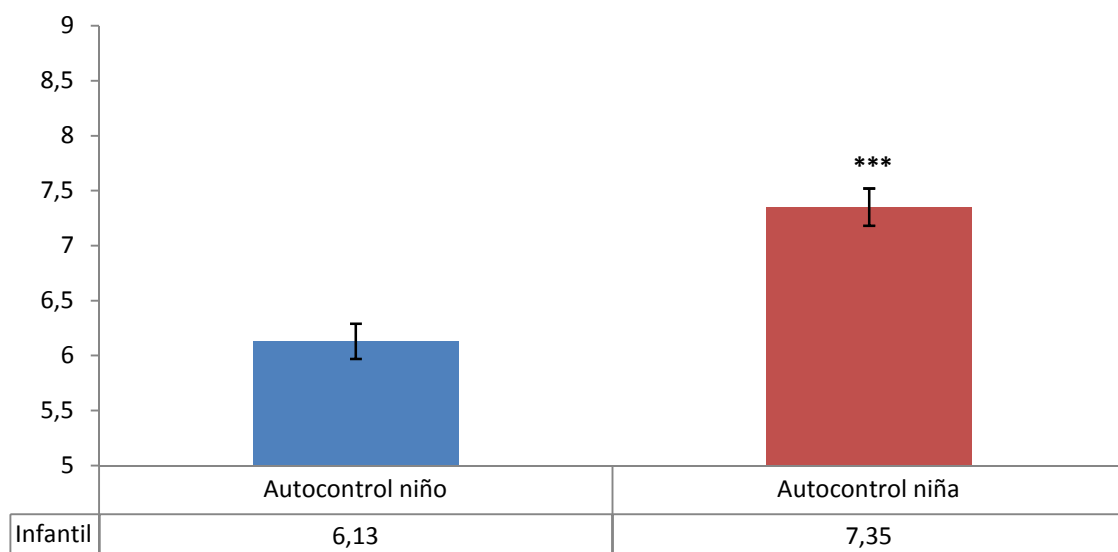


Figura 22

Puntuación media en Autocontrol según sexo en 3º de Educación Infantil

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autocontrol alumnado 3º Educación Infantil

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>η² al cuadrado parcial</i>
Autocontrol* sexo	26,067***	0,000	0,095

1º y 2º ciclo primaria: 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

En la tabla 45 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autocontrol. En la Figura 23 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo y curso.

Tabla 45

Estadísticos descriptivos escala Autocontrol alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

Autocontrol				
sexo	curso	Media	Desviación típica	N
Niños	1º EPO	5,76	1,96	100
	2º EPO	5,88	2,00	99
	3º EPO	6,15	1,80	112
	4º EPO	5,82	1,78	104
	Total	5,91	1,88	415
Niñas	1º EPO	6,63	1,65	119
	2º EPO	7,15	1,55	108
	3º EPO	6,84	1,73	111
	4º EPO	7,05	1,73	94
	Total	6,91	1,67	432
Total	1º EPO	6,24	1,84	219
	2º EPO	6,54	1,88	207
	3º EPO	6,50	1,79	223
	4º EPO	6,40	1,86	198
	Total	6,42	1,84	847

Nota. Autocontrol= fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Autocontrol en las niñas, $F(1,839) = 68.63$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.076$ en todos los cursos del Primer y Segundo Ciclo de Educación Primaria (1º, 2º, 3º y 4º de Primaria) (Figura 23).

No aparecieron diferencias significativas en la dimensión Autocontrol en función del curso, $F(1,839) = 1.452$, $p = 0.226$.

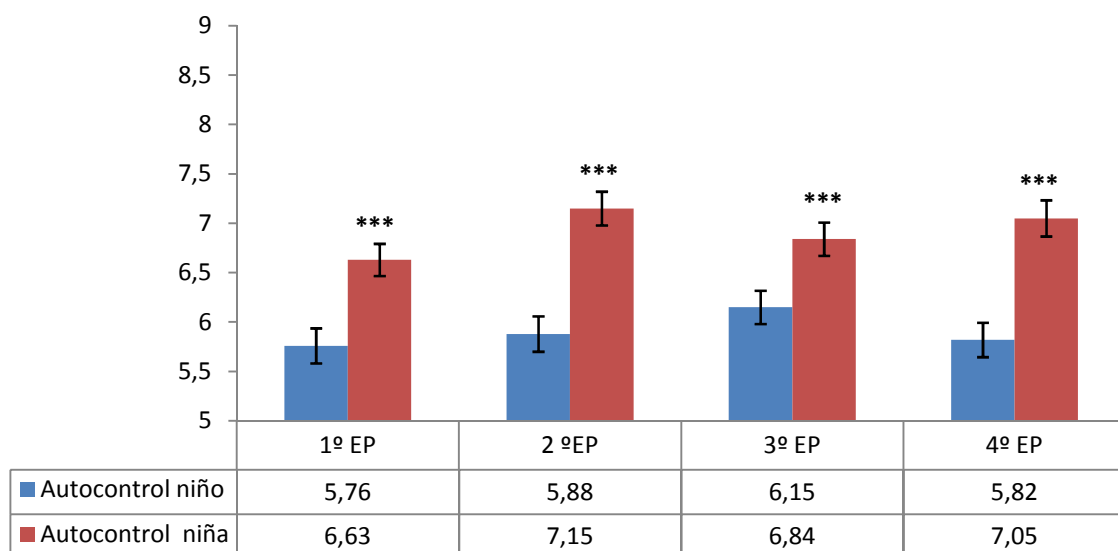


Figura 23
Puntuación media en Autocontrol según sexo y curso en 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autocontrol alumnado de 1º y 2º Ciclo Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ªEta al cuadrado parcial</i>
Autocontrol * sexo	68,63***	0,000	0,076
Autocontrol* curso	1,452	0,226	0,005
Curso *sexo	1,326	0,265	0,005

3º ciclo primaria: 5º y 6º de Educación Primaria

En la Tabla 46 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autocontrol En la Figura 24 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo y el curso.

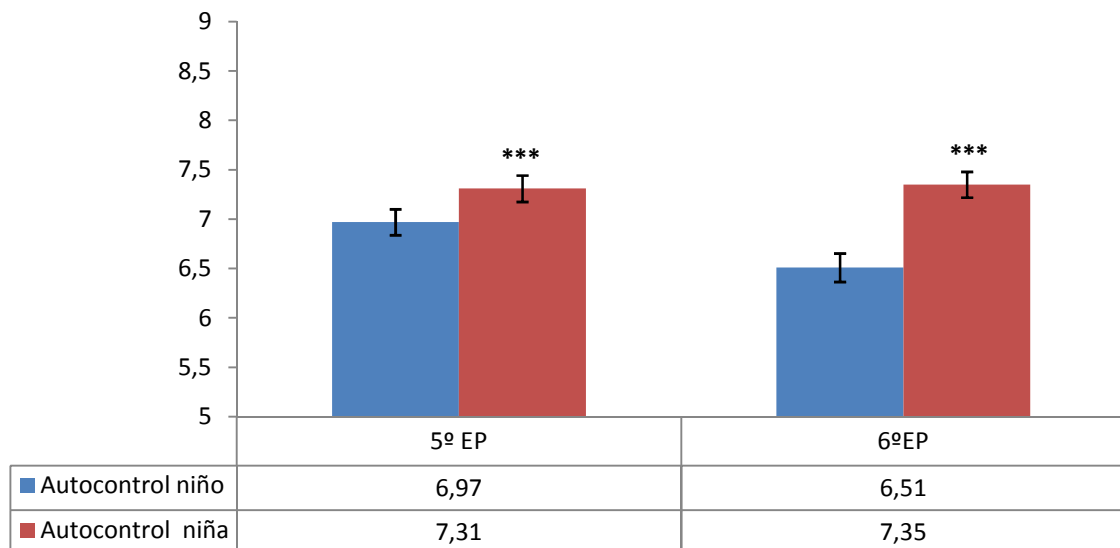
Tabla 46

Estadísticos descriptivos escala Autocontrol alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

Autocontrol				
sexo	Curso	Media	Desviación típica	N
Chicos	5º EPO	6,97	1,61	137
	6º EPO	6,51	1,58	113
	Total	6,76	1,61	250
Chicas	5º EPO	7,31	1,48	131
	6º EPO	7,35	1,44	139
	Total	7,33	1,46	270
Total	5º EPO	7,14	1,55	268
	6º EPO	6,97	1,56	252
	Total	7,06	1,56	520

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Autocontrol en las niñas, $F(1,516) = 19.209$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.036$ (Figura 24).

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas por cursos entre 5º y 6º de primaria, $F(1,516) = 2.473$, $p = 0.116$.

**Figura 24**

Puntuación media en Autocontrol según sexo y curso en 3º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autocontrol alumnado de 3º Ciclo Primaria

	F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
Autocontrol * sexo	19,209***	0,000	0,036
Autocontrol *curso	2,473	0,116	0,005
Curso *sexo	3,582	0,059	0,007

El Autocontrol no ha sido evaluado en ESO. Las Habilidades de Toma de Decisiones es el factor que hemos considerado en esta etapa educativa donde el PPV desarrolla el mismo de manera más extensa.

En resumen las niñas obtienen mejores puntuaciones en el factor Autocontrol en todas las etapas educativas no existiendo diferencias en función del curso.

10.2.4.- ACTITUDES HACIA LA SALUD

3º de Infantil

En la Tabla 47 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Actitudes hacia la Salud. En la Figura 25 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo.

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Actitudes hacia la Salud en las niñas, $F(1,247) = 3.155$, $p < 0.1$, $\eta^2 = 0.013$ (Figura 25).

Tabla 47

Estadísticos descriptivos escala Actitudes hacia la Salud, alumnado 3º Educación Infantil

sexo		Actitudes hacia la Salud
Niños	Media	7,34
	N	133
	Desviación típica	1,24
Niñas	Media	7,62
	N	116
	Desviación típica	1,27

Nota. Actitudes hacia la salud= fase Pre-evaluación

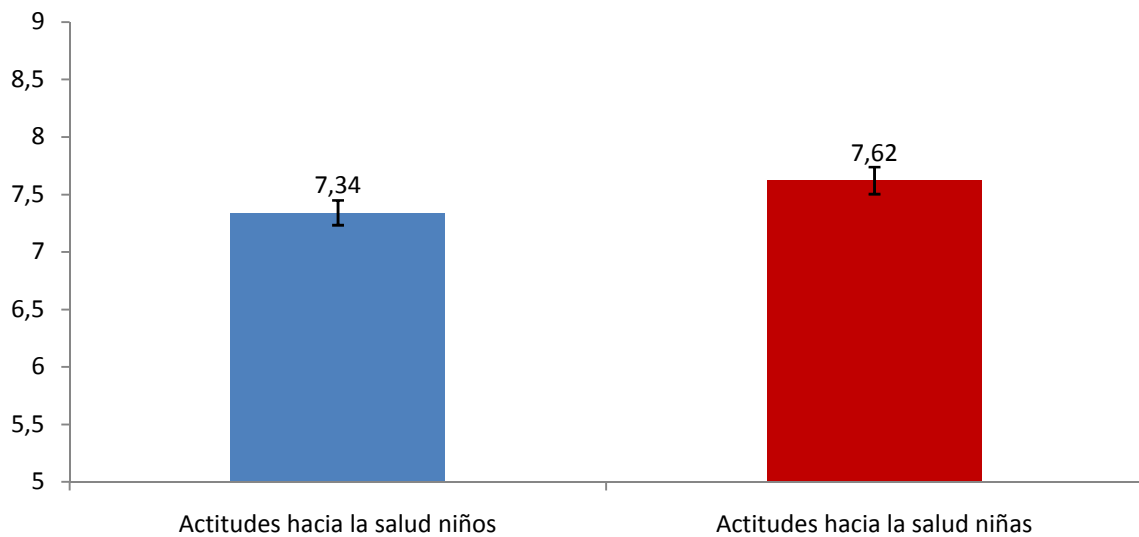


Figura 25

Puntuación media en Actitudes hacia la Salud según sexo y curso en 3º Educación Infantil.

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Actitudes hacia la Salud alumnado 3º Educación Infantil

	F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
Actitudes hacia la Salud *sexo	3,155	0,077	0,013

1º y 2º ciclo primaria: 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

En la Tabla 48 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Actitudes hacia la Salud. En la Figura 26 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo y curso.

Tabla 48

Estadísticos descriptivos escala Actitudes hacia la Salud alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

Actitudes hacia la salud				
sexo	curso	Media	Desviación típica	N
Niños	1º EPO	6,69	1,17	100
	2º EPO	7,00	0,90	99
	3º EPO	6,77	1,33	112
	4º EPO	6,70	1,01	104
	Total	6,79	1,12	415
Niñas	1º EPO	6,80	1,04	119
	2º EPO	7,36	0,84	108
	3º EPO	6,88	1,39	111
	4º EPO	6,91	1,19	94
	Total	6,99	1,15	432
Total	1º EPO	6,75	1,10	219
	2º EPO	7,19	0,88	207
	3º EPO	6,83	1,36	223
	4º EPO	6,80	1,10	198
	Total	6,89	1,14	847

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Actitudes hacia la Salud en las niñas, $F(1,839) = 6.496$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.008$ en todos los cursos del primer y segundo ciclo de Educación Primaria (1º, 2º, 3º y 4º de primaria).

El ANOVA indicó diferencias significativas entre los cursos en Actitudes hacia la Salud $F(1,839) = 6.216$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.022$ obteniéndose las mayores puntuaciones en 2º de primaria (Figura 26)

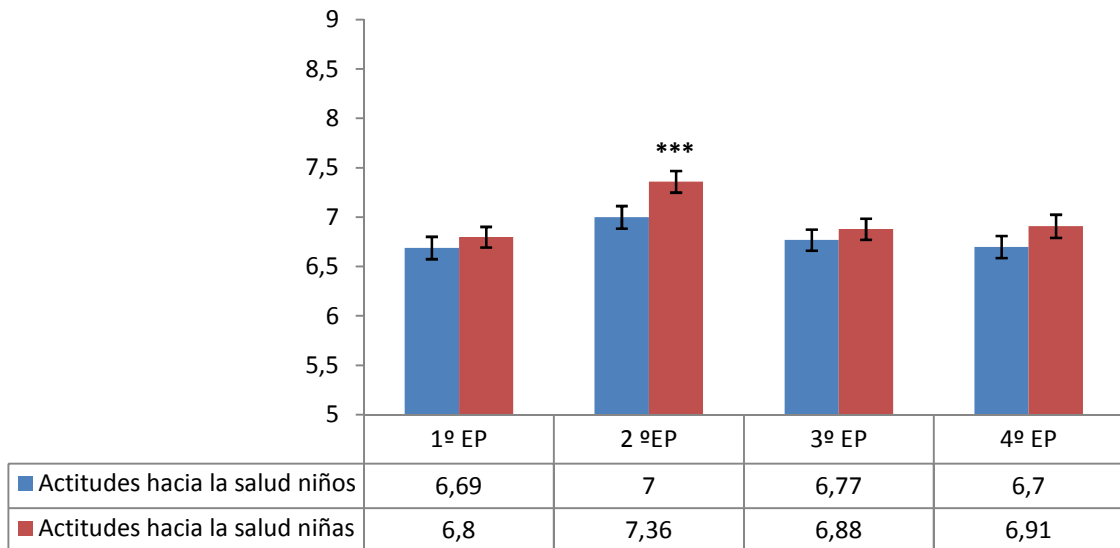


Figura26

Puntuación media en Actitudes hacia la Salud según sexo y curso en 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-sujetos escala Actitudes hacia la salud alumnado de 1º y 2º ciclo Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ªEta al cuadrado parcial</i>
Actitudes hacia la salud *sexo	6,496*	0,011	0,008
Actitudes hacia la salud * curso	6,216***	0,000	0,022
Curso*sexo	0,595	0,619	0,002

3º ciclo primaria: 5º y 6º de Educación Primaria

En la Tabla 49 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Actitudes hacia la Salud. En la Figura 27 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo y curso.

Tabla 49

Estadísticos descriptivos escala Actitudes hacia la salud alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

Actitudes hacia la salud				
sexo	Curso	Media	Desviación típica	N
Chicos	5º EP	7,35	1,63	137
	6º EP	7,44	1,29	113
	Total	7,39	1,48	250
Chicas	5º EP	7,68	1,44	131
	6º EP	7,64	1,25	139

Total	Total	7,66	1,34	270
	5º EP	7,51	1,54	268
	6º EP	7,55	1,27	252
	Total	7,53	1,42	520

Nota. Actitudes hacia la salud= fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Actitudes hacia la salud en las niñas,

$F(1,516) = 4.554$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.009$.

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas por cursos entre 5º y 6º de primaria, $F(1,516) = 0.049$, $p = 0.826$. La interacción curso*sexo no muestra diferencias significativas $F(1,516) = 0.311$, $p = 0.577$ (Figura 27).

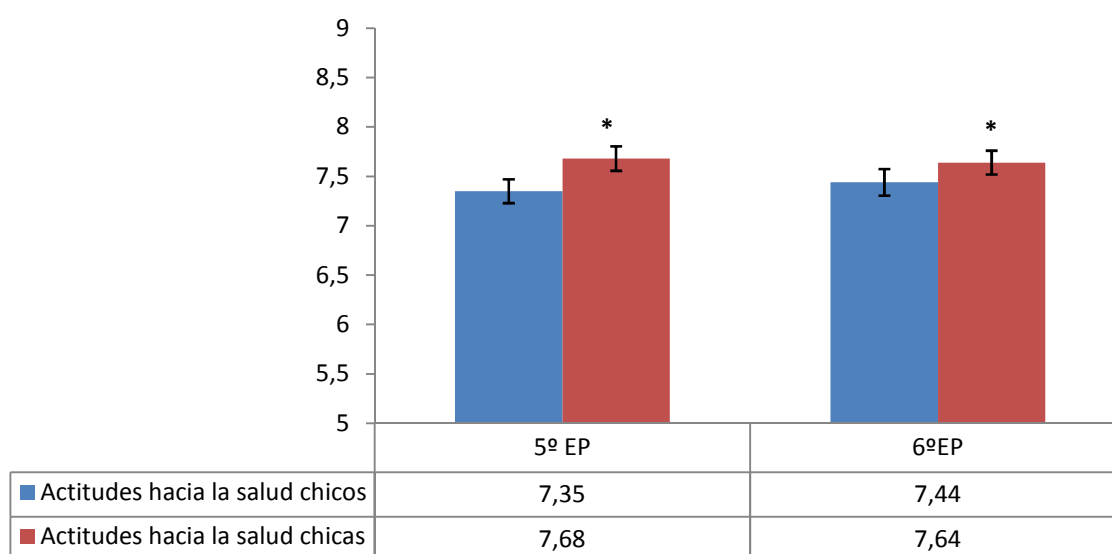


Figura 27

Puntuación media en Actitudes hacia la Salud según sexo y curso en 3º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Actitudes hacia la Salud alumnado de 3º Ciclo Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ºEta al cuadrado parcial</i>
Actitudes hacia la salud* sexo	4,554*	0,033	0,009
Actitudes hacia la salud *curso	0,049	0,826	0,000
Curso*sexo	0,311	0,577	0,001

En resumen son las niñas las que obtienen mejores puntuaciones en Actitudes hacia la Salud en todas las etapas educativas evaluadas. En 2º de Educación Primaria puntúan más alto en este factor con respecto a 1º, 3º y 4º. En el tercer ciclo de Educación Primaria no existen diferencias significativas en función del curso.

10.2.5.- EMPATÍA

1º y 2º ciclo primaria: 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

En la Tabla 50 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Empatía.

En la Figura 28 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo y curso.

Tabla 50

Estadísticos descriptivos escala Empatía alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

Empatía				
sexo	curso	Media	Desviación típica	N
Niños	1º EPO	5,86	1,28	100
	2º EPO	5,89	1,37	99
	3º EPO	6,91	1,57	112
	4º EPO	5,85	1,35	104
	Total	6,15	1,47	415
Niñas	1º EPO	6,21	1,22	119
	2º EPO	6,72	1,20	108
	3º EPO	6,75	1,84	111
	4º EPO	6,70	1,11	94
	Total	6,58	1,40	432
Total	1º EPO	6,05	1,26	219
	2º EPO	6,32	1,34	207
	3º EPO	6,83	1,71	223
	4º EPO	6,25	1,31	198
	Total	6,37	1,45	847

Nota. Empatía= fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Empatía en las niñas, $F(1,839) = 23.436$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.027$ sobre los niños.

El ANOVA indicó diferencias significativas entre los cursos en Empatía, $F(1,839) = 12.548$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.043$ obteniéndose las mayores puntuaciones en 3º de primaria.

El ANOVA indicó que hay diferencias significativas en la interacción curso*sexo, $F(1,839) = 6.220$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.022$. En todos los curso obtuvieron mayor puntuación en Empatía las niñas excepto en 3º de educación primaria donde los niños obtuvieron las puntuaciones más altas (Figura 28).

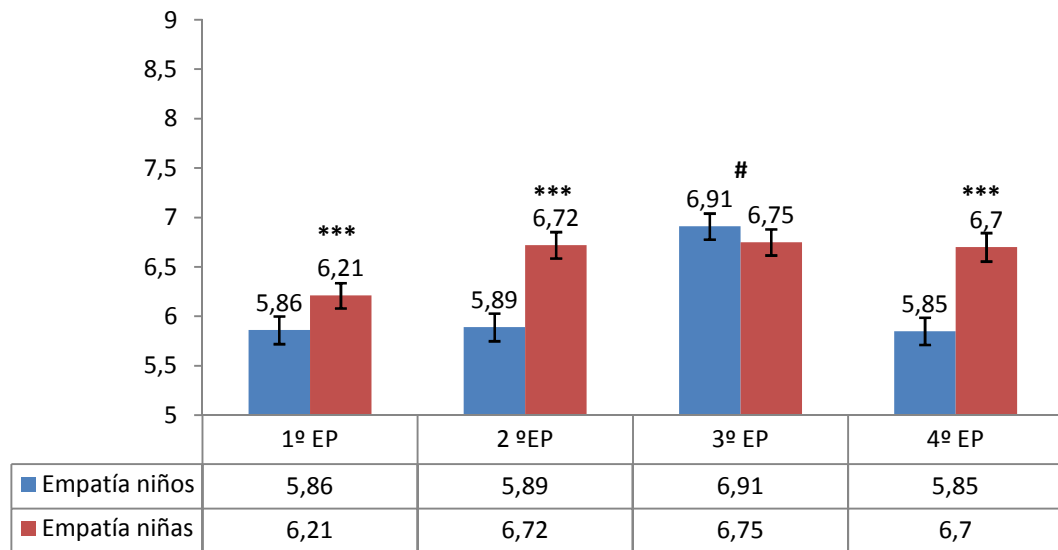


Figura 28

Puntuación media en Empatía según sexo y curso en 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Empatía alumnado de 1º y 2º Ciclo Primaria

	F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
Empatía * sexo	23,436***	0,000	0,027
Empatía * curso	12,548***	0,000	0,043
Curso* sexo	6,220***	0,000	0,022

3º ciclo primaria: 5º y 6º de Educación Primaria

En la Tabla 51 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Empatía.

En la Figura 29 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo y curso.

Tabla 51

Estadísticos descriptivos escala Empatía alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

Empatía				
sexo	Curso	Media	Desviación típica	N
Chicos	5º EPO	6,71	1,35	137
	6º EPO	6,51	1,47	113
	Total	6,62	1,41	250
Chicas	5º EPO	7,26	1,30	131
	6º EPO	7,26	1,11	139
	Total	7,26	1,21	270
Total	5º EPO	6,98	1,35	268
	6º EPO	6,92	1,34	252
	Total	6,95	1,34	520

Nota. Empatía = fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Empatía en las niñas, $F(1,516) = 31.672$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.058$. No existen diferencias significativas en función del curso $F(1,516) = 0.707$, $p = 0.401$. La interacción curso*sexo no muestra diferencias significativas $F(1,516) = 0.698$, $p = 0.404$. (Figura 29).

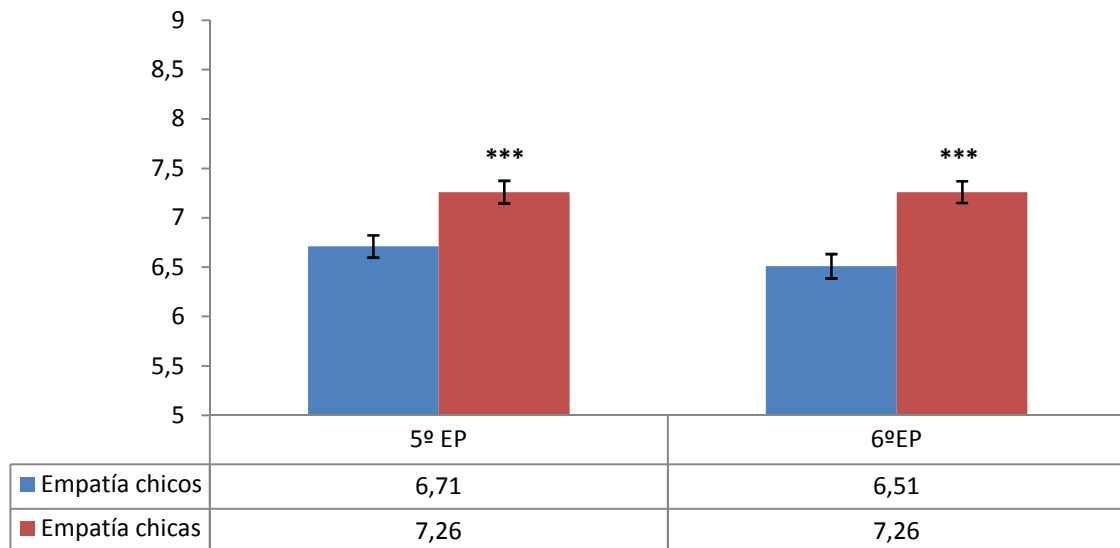


Figura 29

Puntuación media en Empatía según sexo y curso en 3º ciclo de Educación Primaria
Pruebas de los efectos inter-grupos escala Empatía alumnado de 3º Ciclo Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>η² al cuadrado parcial</i>
Empatía * sexo	31,672***	0,000	0,058
Empatía * curso	0,707	0,401	0,001
Curso * sexo	0,698	0,404	0,001

En resumen son las niñas las que obtienen mayores puntuaciones en Empatía en todas las etapas educativas evaluadas. En cuanto al curso es en 3º de Primaria donde se obtienen las mayores puntuaciones en comparación con 1º, 2º y 4º de Primaria. En el tercer ciclo de Educación Primaria no existen diferencias significativas en función del curso.

10.2.6.- AUTOEXPRESIÓN EMOCIONAL

1º y 2º ciclo primaria: 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

En la Tabla 52 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autoexpresión Emocional. En la Figura 30 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo y curso.

Tabla 52

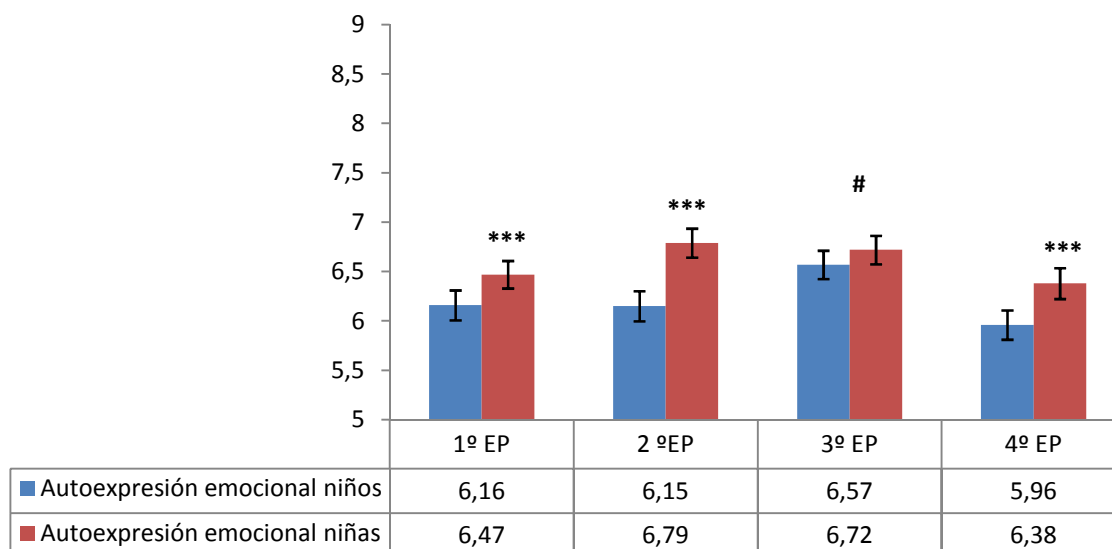
Estadísticos descriptivos escala Autoexpresión Emocional alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

Autoexpresión emocional				
sexo	curso	Media	Desviación típica	N
Niños	1º EPO	6,16	1,42	100
	2º EPO	6,15	1,44	99
	3º EPO	6,57	1,92	112
	4º EPO	5,96	1,20	104
	Total	6,22	1,54	415
Niñas	1º EPO	6,47	1,28	119
	2º EPO	6,79	1,32	108
	3º EPO	6,72	1,98	111
	4º EPO	6,38	1,21	94
	Total	6,60	1,49	432
Total	1º EPO	6,33	1,35	219
	2º EPO	6,49	1,41	207
	3º EPO	6,65	1,95	223
	4º EPO	6,16	1,22	198
	Total	6,41	1,53	847

Nota. Autoexpresión emocional= fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Autoexpresión Emocional en las niñas, $F(1,839) = 13.261$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.016$ en todos los cursos del primer y segundo ciclo de Educación Primaria (1º, 2º, 3º y 4º de primaria).

Las diferencias fueron significativas en Autoexpresión Emocional en función del curso siendo mayores las puntuaciones en 3º, $F(1,839) = 3.861$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.014$ (Figura 30)

**Figura 30**

Puntuación media en Autoexpresión Emocional según sexo y curso en 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autoexpresión Emocional alumnado de 1º y 2º Ciclo Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ªEta al cuadrado parcial</i>
Autoexpresión emocional*sexo	13,261***	0,000	0,016
Autoexpresión emocional*curso	3,861**	0,009	0,014
Curso*sexo	0,990	0,397	0,004

En resumen las niñas obtienen mayores puntuaciones en Autoexpresión Emocional y es en 3º de Educación Primaria donde este factor es mayor.

10.2.7.- HABILIDADES TOMA DE DECISIONES

1º, 2º, 3º y 4º ESO

En la Tabla 53 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Habilidades Toma de Decisiones. En la Figura 31 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo y curso.

Tabla 53

Estadísticos descriptivos escala Habilidades Toma de Decisiones en el alumnado de ESO: 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO

Habilidades toma de decisiones				
sexo	curso	Media	Desviación típica	N
hombre	1º ESO	4,24	1,87	236
	2º ESO	4,48	1,92	311

	3º ESO	4,23	1,78	197
	4º ESO	3,88	1,71	191
	Total	4,25	1,85	935
mujer	1º ESO	3,96	1,93	221
	2º ESO	4,20	2,01	325
	3º ESO	4,27	1,82	137
	4º ESO	4,09	1,67	211
	Total	4,13	1,89	894
Total	1º ESO	4,11	1,90	457
	2º ESO	4,33	1,97	636
	3º ESO	4,25	1,80	334
	4º ESO	3,99	1,69	402
	Total	4,19	1,87	1829

Nota. Habilidades toma de decisiones= fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas entre chicos y chicas en la dimensión Habilidades de Toma de Decisiones $F(1,1821) = 0.759, p = 0.384$.

Pero sí aparecieron diferencias significativas con respecto al curso. En 2º de la ESO las puntuaciones fueron mayores que en el resto de los cursos de educación secundaria $F(1,1821) = 3.299, p < 0.05, \eta^2 = 0.005$ (Figura 31).

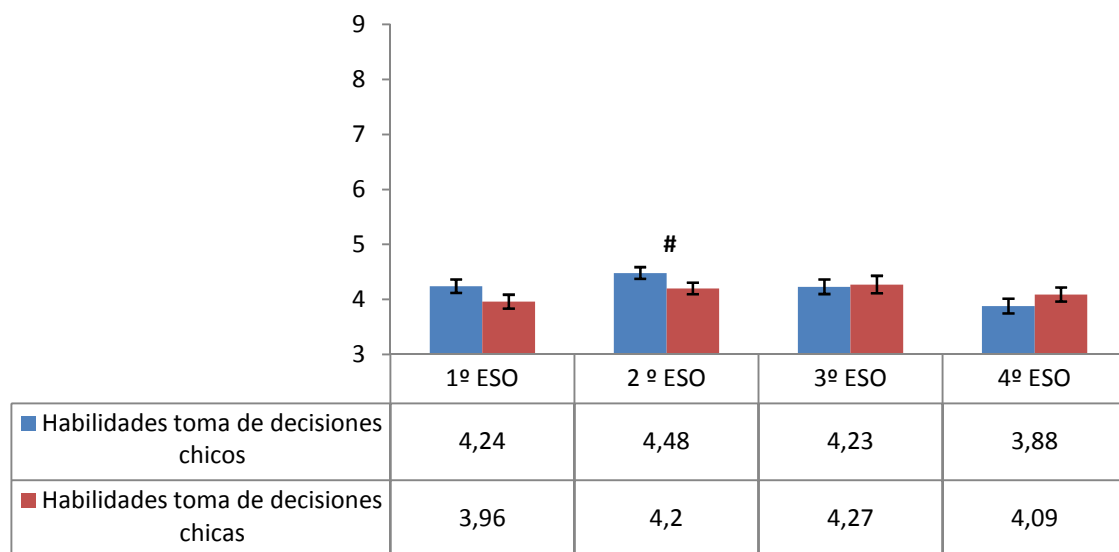


Figura 31

Puntuación media en Habilidades Toma de Decisiones según sexo y curso en ESO
Pruebas de los efectos inter-grupos escala Habilidades Toma de Decisiones alumnado ESO

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ªEta al cuadrado parcial</i>
Habilidades toma de decisiones *sexo	0,759	0,384	0,000
Habilidades toma de decisiones *curso	3,299*	0,020	0,005
Curso * sexo	1,925	0,124	0,003

En resumen no hay diferencias en el factor Habilidades Toma de Decisiones entre las puntuaciones obtenidas por chicos y chicas y son mayores las puntuaciones en 2º ESO.

10.2.8.- ACTITUDES HACIA LAS DROGAS

1º, 2º, 3º y 4º ESO

En la Tabla 54 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Actitudes Hacia las Drogas. En la Figura 32 se ven las puntuaciones medias obtenidas en función del sexo y curso.

Tabla 54

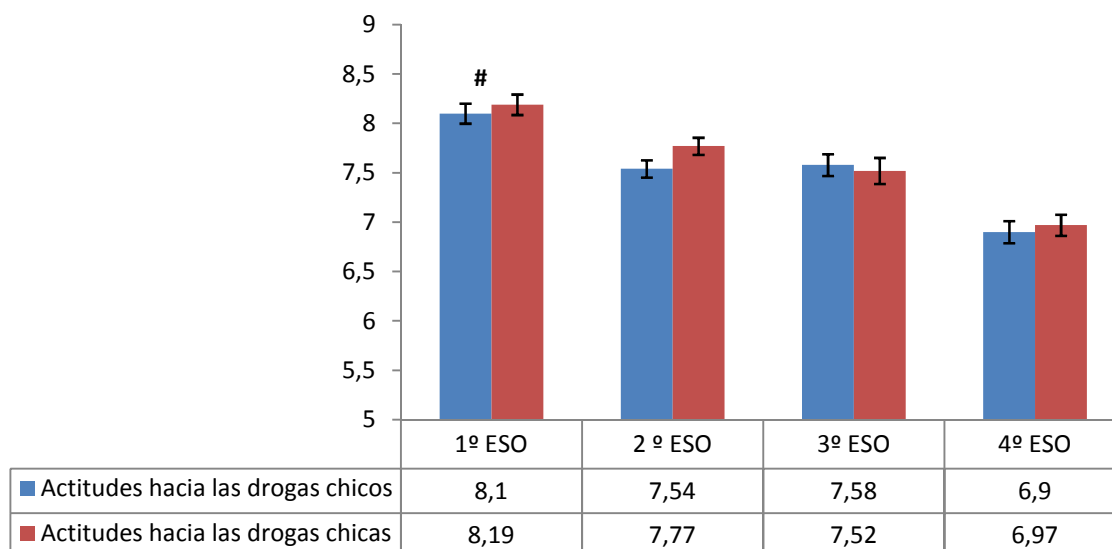
Estadísticos descriptivos escala Actitudes Hacia las Drogas en el alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de la ESO

Actitudes hacia las drogas				
sexo	curso	Media	Desviación típica	N
hombre	1º ESO	8,10	1,38	236
	2º ESO	7,54	1,72	311
	3º ESO	7,58	1,54	197
	4º ESO	6,90	1,82	191
	Total	7,56	1,67	935
mujer	1º ESO	8,19	1,36	221
	2º ESO	7,77	1,50	325
	3º ESO	7,52	1,42	137
	4º ESO	6,97	1,50	211
	Total	7,65	1,51	894
Total	1º ESO	8,14	1,37	457
	2º ESO	7,66	1,62	636
	3º ESO	7,55	1,49	334
	4º ESO	6,94	1,66	402
	Total	7,60	1,60	1829

Nota. Actitudes hacia las drogas= fase Pre-evaluación

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas entre chicos y chicas en la dimensión Actitudes Hacia las Drogas $F(1,1821) = 1.317, p = 0.251$.

Pero sí aparecieron diferencias significativas con respecto al curso. En 1º de la ESO las puntuaciones fueron mayores que en el resto de los cursos de ESO $F(1,1821) = 43.673, p < 0.001, \eta^2 = 0.067$ (Figura 32).

**Figura 32**

Puntuación media en Actitudes Hacia las Drogas según sexo y curso en ESO
Pruebas de los efectos inter-grupos escala Actitudes Hacia las Drogas alumnado ESO

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>aEta al cuadrado parcial</i>
Actitudes hacia las drogas *sexo	1,317	0,251	0,001
Actitudes hacia las drogas * curso	43,673***	0,000	0,067
Curso * sexo	0,665	0,574	0,001

En resumen, no hay diferencias entre chicos y chicas en las puntuaciones obtenidas en el factor Actitudes Hacia las Drogas y es en 1º ESO donde las puntuaciones son significativamente mayores con respecto a 2º, 3º y 4º de la ESO.

10.3.- HIPÓTESIS 3: La intervención provocará cambios en los factores de riesgo/protección evaluados.

10.3.1.- Aumentará significativamente la puntuación en Autoestima después de la intervención

Para estudiar el efecto del programa, se analizó si el cambio en la puntuación de la media en la escala Autoestima en la fase pre-intervención era estadísticamente significativo comparado con la media de la escala en la fase post-intervención. Para ello, se realizó un ANOVA de medidas repetidas, considerando como factor intra-sujeto el momento de evaluación (pre vs. post) y como factor inter-sujeto el sexo.

AUTOESTIMA

3º de Infantil

En la Tabla 55 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autoestima en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 3º de Educación Infantil.

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Autoestima (7.2 vs 7.4) en la fase post- intervención, $F(1,216) = 7.766, p < 0.01, \eta^2 = 0.035$ (Figura 33).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre-intervención como en el momento post-intervención se produce un aumento de la autoestima que es igual para niños y para niñas, $F(1,216) = 0.124, p = 0.726$ (Figura 33).

El efecto del sexo fue significativo, $F(1,216) = 12.49, p < 0.001, \eta^2 = 0.055$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en Autoestima, tanto en la fase pre-intervención, como en la fase post-intervención (Figura 34).

En la Figura 33 vemos la puntuación en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención). En la Figura 34 se refleja la puntuación media según momento de evaluación en función del sexo.

Tabla 55

Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado 3º Educación Infantil antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

		sexo	Media	Desviación típica	N
Autoestima	Pre- intervención	Niño	6,89	1,95	121
		Niña	7,63	1,61	97
		Total	7,22	1,84	218
Autoestima	Post- intervención	Niño	7,11	1,73	121
		Niña	7,91	1,44	97
		Total	7,46	1,65	218

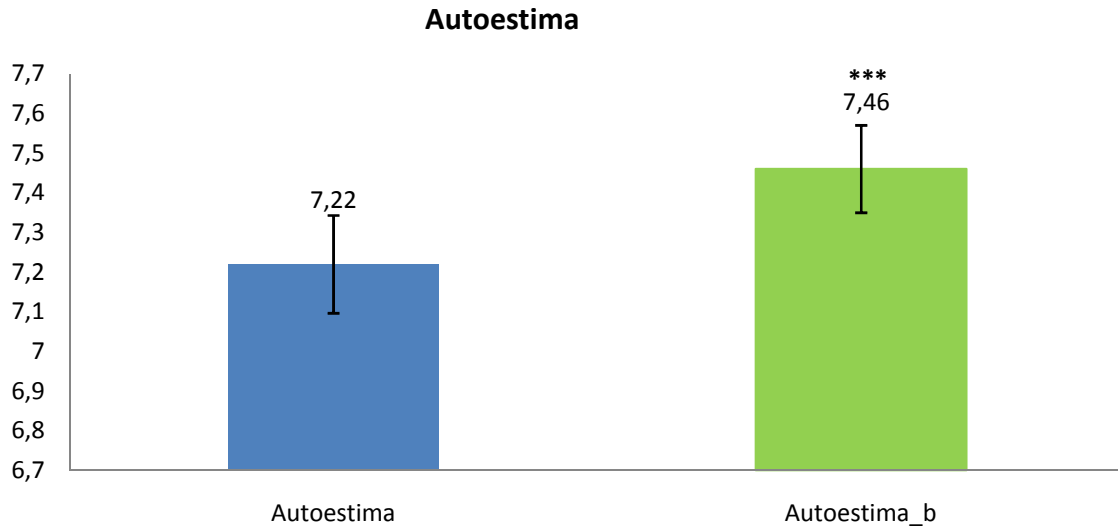


Figura 33

Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º de Educación Infantil
Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Autoestima alumnado en 3º Educación Infantil

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	7,766**	0,006	0,035
Momento de evaluación * sexo	0,124	0,726	0,001

Nota: Autoestima = momento evaluación pre-intervención; Autoestima_b = momento evaluación post-intervención

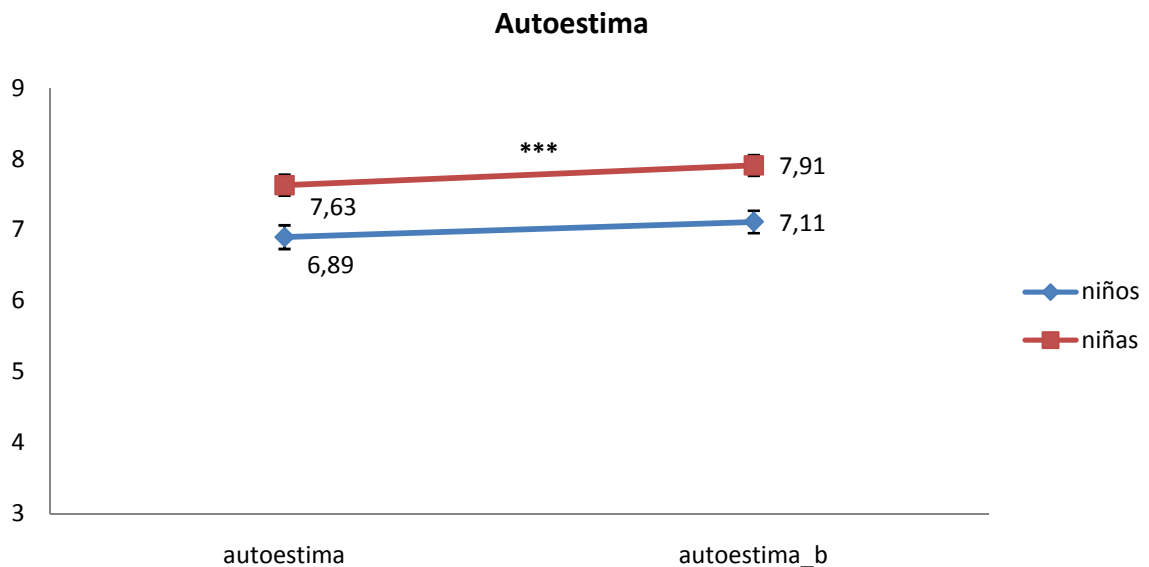


Figura 34

Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en 3º de Educación Infantil
Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autoestima alumnado 3º Educación Infantil en función del sexo

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>η² al cuadrado parcial</i>
sexo	12,490***	0,001	0,055

Nota: Autoestima = momento evaluación pre-intervención; Autoestima_b= momento evaluación post-intervención

1º y 2º ciclo primaria: 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

En la Tabla 56 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autoestima en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 1º y 2º ciclo primaria.

El ANOVA indicó que hay diferencias significativas en la dimensión Autoestima entre la fase pre-intervención y la fase post-intervención, $F(1,739) = 25.917$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.034$ (Figura 35). Siendo mayor la puntuación en Autoestima en la fase post-intervención (7.2 vs 6.9).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre- intervención como en el momento post- intervención se produce un aumento de la autoestima que es igual para niños y para niñas. $F(1, 739) = 0.573$, $p = 0.449$ (Figura 36).

Como fue indicado anteriormente, El efecto del sexo fue significativo, $F(1,739) = 7.212$ $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.010$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en Autoestima, tanto en la fase pre- intervención como en la fase post- intervención (Figura 36).

Tabla 56

Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica	N
Autoestima	Pre- intervención	Niño	6,84	369
		Niña	7,14	372
		Total	6,99	742

Autoestima	Post- intervención	Niño	7,08	1,47	369
		Niña	7,32	1,43	372
		Total	7,20	1,45	742

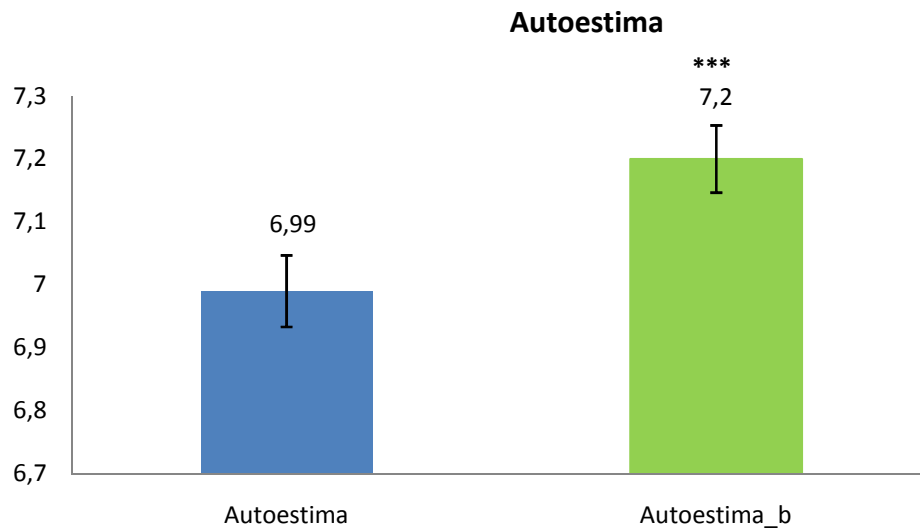


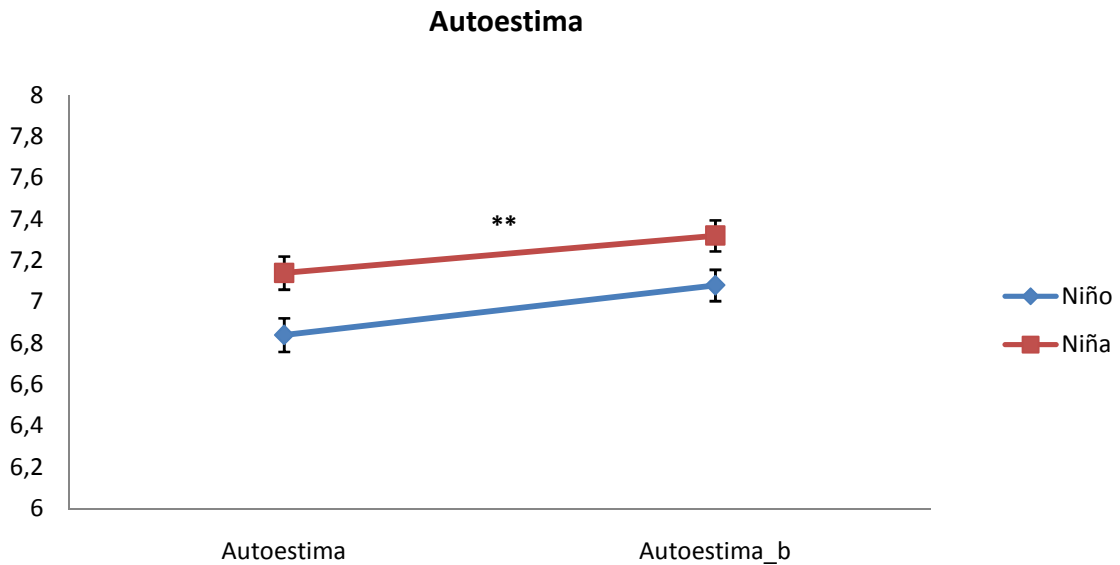
Figura 35

Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Autoestima alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	25,91***	0,000	0,034
Momento de evaluación * sexo	0,573	0,449	0,001

Nota: Autoestima = momento evaluación pre-intervención; Autoestima_b = momento evaluación post-intervención

**Figura 36**

Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autoestima alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ºEta al cuadrado parcial</i>
sexo	7,212**	0,07	0,010

Nota: Autoestima = momento evaluación pre-intervención; Autoestima_b = momento evaluación post-intervención

3º ciclo primaria: 5º y 6º de Educación Primaria

En la Tabla 57 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autoestima en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 3º ciclo primaria.

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas en la dimensión Autoestima entre la fase pre-intervención y la fase post-intervención, $F(1,454) = 1.381, p = 0.241$ (Figura 37).

Fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación $F(1,454) = 3.784, p < 0.1, \eta^2 = 0.08$. Las niñas obtienen más puntuación en la fase post-intervención mientras que los niños obtienen menor puntuación en la fase post-intervención con respecto a la fase pre-intervención. En esta dimensión la tendencia en las niñas después de la intervención es de mejorar mientras que la tendencia en los niños es a obtener peor puntuación (Figura 38).

Como fue indicado anteriormente, El efecto del sexo no fue significativo, $F(1,454) = 1.473$ $p = 0.225$ (Figura 38).

En la Figura 37 vemos la puntuación en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención). En la Figura 38 se refleja la puntuación media según momento de evaluación en función del sexo.

Tabla 57

Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado de 5º y 6º de educación primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

		sexo	Media	Desviación típica	N
Autoestima	Pre- intervención	Niño	7,74	1,76	223
		Niña	7,41	1,82	233
		Total	7,57	1,80	456
Autoestima	Post- intervención	Niño	7,68	1,91	223
		Niña	7,63	1,79	233
		Total	7,65	1,85	456

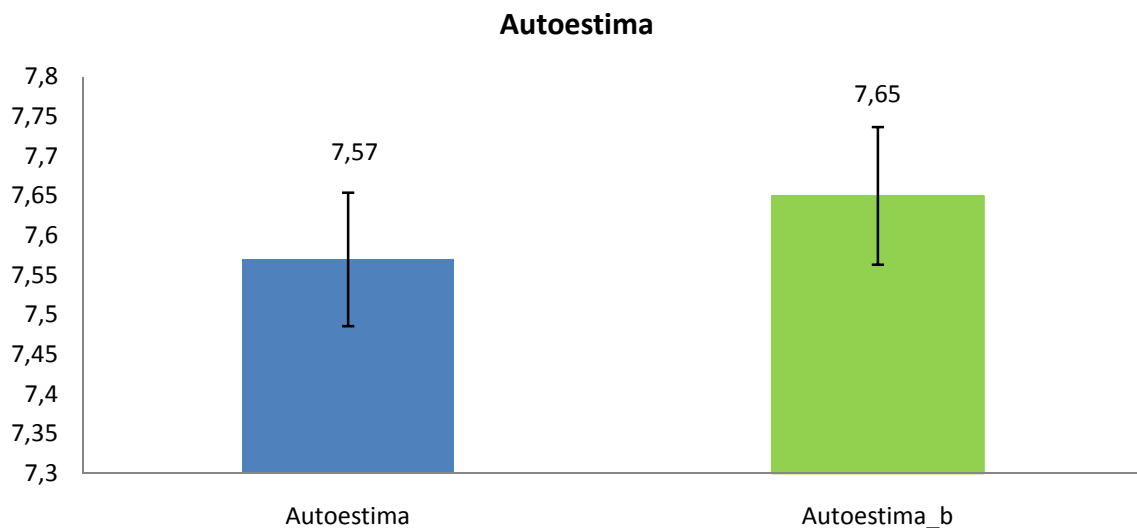


Figura 37

Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria
Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Autoestima alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post - intervención	1,381	0,241	0,003
Momento de evaluación * sexo	3,784*	0,052	0,008

Nota: Autoestima = momento evaluación pre-intervención; Autoestima_b = momento evaluación post-intervención

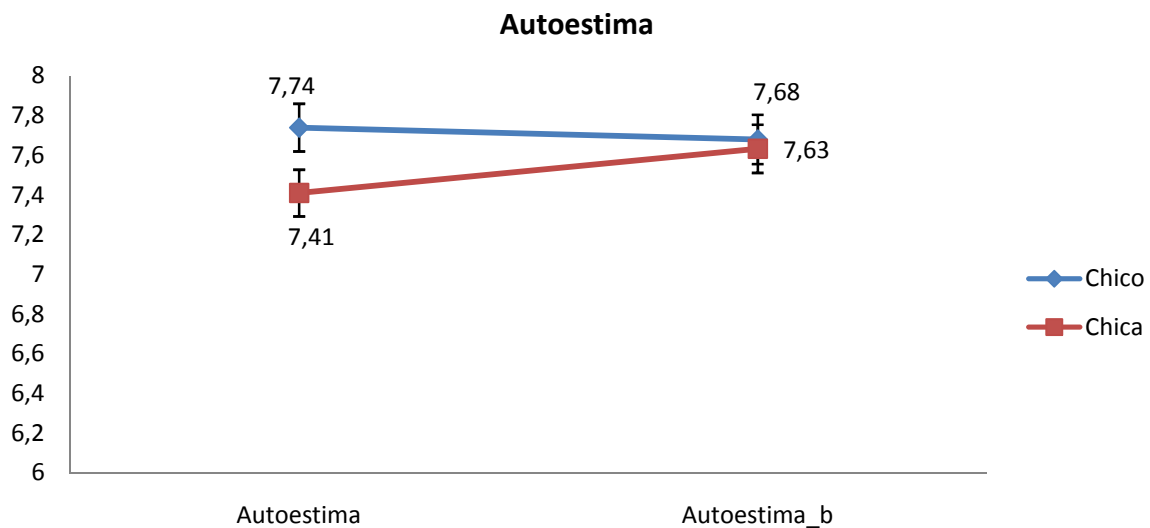


Figura 38

Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-sujetos escala Autoestima alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
sexo	1,473	0,225	0,003

Nota: Autoestima = momento evaluación pre-intervención; Autoestima_b = momento evaluación post-intervención

1º, 2º, 3º y 4º ESO

En la Tabla 58 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autoestima en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de ESO.

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas en la dimensión Autoestima para los alumnos/as de ESO. $F(1,1417) = 3.231$, $p = 0.072$ entre la fase pre-intervención y la fase post-intervención. (Tabla 84).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre- intervención como en el momento post- intervención se

produce un aumento de la autoestima que es igual para niños y para niñas. $F(1,1417) = 0.491, p = 0.484$ (Figura 39).

Como se mencionó anteriormente, el efecto del sexo fue significativo, $F(1,1417) = 38.061, p < 0.001, \eta^2 = 0.026$. Los chicos obtuvieron una mayor puntuación en Autoestima, tanto en la fase pre- intervención, como en la fase post- intervención (Figura 40).

Tabla 58

Estadísticos descriptivos escala Autoestima alumnado de ESO antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

		sexo	Media	Desviación típica	N
Autoestima	Pre- intervención	Niño	7,72	1,74	702
		Niña	7,12	1,92	717
		Total	7,42	1,86	1419
Autoestima	Post- intervención	Niño	7,76	1,82	702
		Niña	7,22	2,02	717
		Total	7,49	1,94	1419

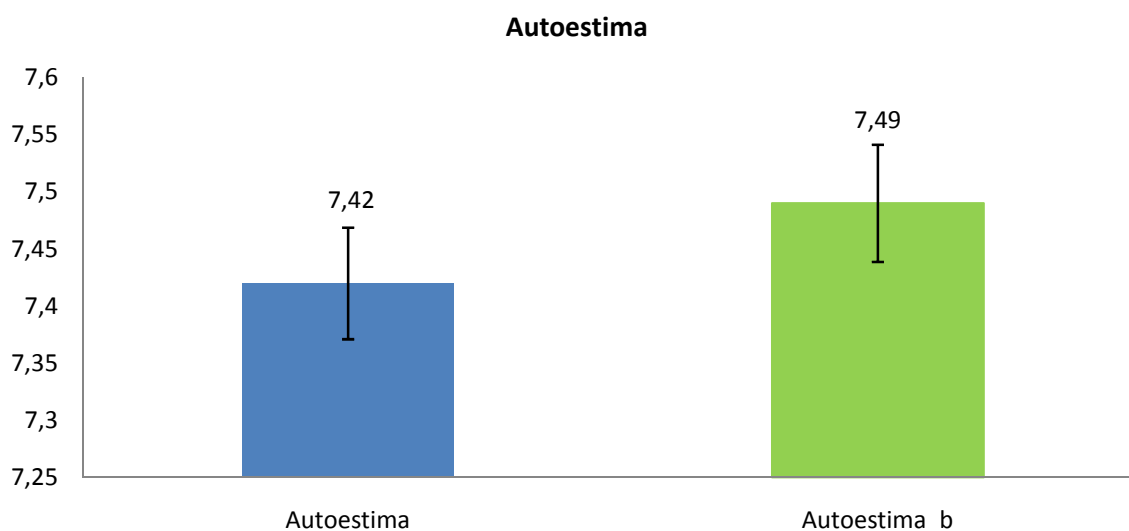


Figura 39

Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de ESO
Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la

intervención preventiva) en la escala Autoestima alumnado de ESO

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	3,231	0,072	0,002
Momento de evaluación * sexo	0,491	0,484	0,000

Nota: Autoestima = momento evaluación pre-intervención; Autoestima_b = momento evaluación post-intervención

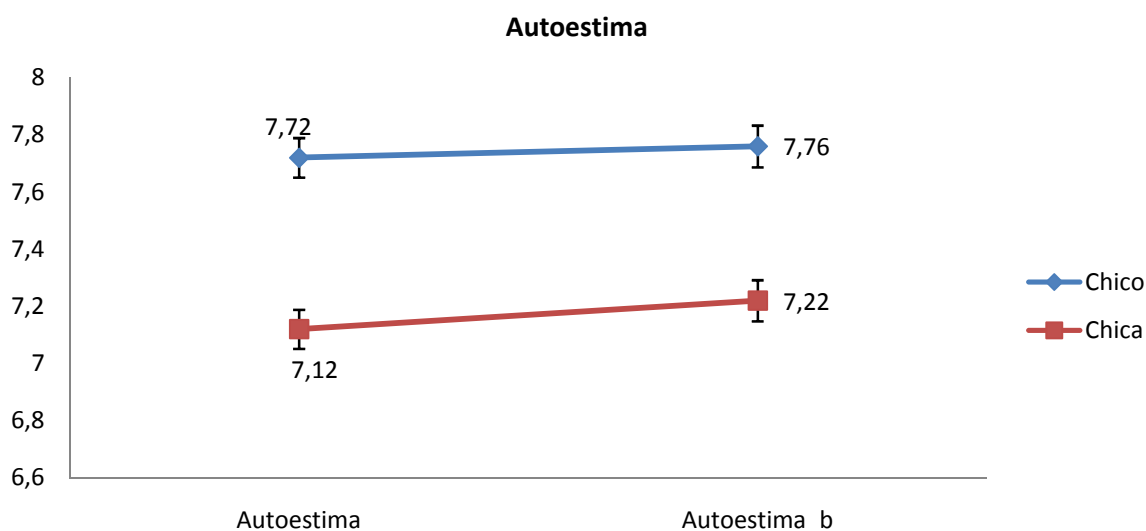


Figura 40

Puntuación media en Autoestima en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º, 2º, 3º Y ESO
Pruebas de los efectos inter-sujetos escala Autoestima alumnado de ESO

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
sexo	38,061***	0,000	0,026

Nota: Autoestima = momento evaluación pre-intervención; Autoestima_b = momento evaluación post-intervención

En resumen se cumple, en parte, la hipótesis 3.1. En el alumnado de Educación Infantil y en el alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria es mayor la puntuación en *Autoestima* después de aplicar el programa de prevención. En el 3º ciclo de Educación Primaria y en ESO no aparecen diferencias significativas pero sí existe una tendencia a obtener mayor puntuación en el factor Autoestima después de realizar el programa de prevención. En cuanto al sexo parece que en el tercer ciclo de Educación Primaria la intervención preventiva es más efectiva en las chicas ya que aumentan su puntuación mientras que esto no ocurre en los chicos.

10.3.2.- Aumentará significativamente la puntuación en Habilidades de Interacción Social después de la intervención en el alumnado de Educación Infantil y primer ciclo de Educación Primaria mientras que disminuirá de forma significativa la puntuación en el alumnado de segundo ciclo de Educación Primaria y ESO

HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL

3º de Educación Infantil

En la Tabla 59 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Habilidades de Interacción Social en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 3º de Educación Infantil.

El ANOVA indicó una mayor puntuación en Habilidades de Interacción Social (7.5 vs 7.7) en la fase post- intervención, $F(1,216) = 5.06$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.023$ (Figura 41).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre- intervención como en el momento post- intervención se produce un aumento de las Habilidades de Interacción Social que es igual para niños y para niñas, $F(1,216) = 0.012$, $p = 0.913$ (Figura 42).

Como fue indicado anteriormente, el efecto del sexo fue significativo, $F(1,216) = 15.236$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.066$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en Habilidades de Interacción Social, tanto en la fase pre- intervención, como en la fase post- intervención. (Figura 42).

Tabla 59

Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social alumnado 3º Educación Infantil antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica	N
Habilidades Interacción Social Pre- intervención	Niño	7,25	1,42	121
	Niña	7,88	1,33	97
	Total	7,53	1,41	218
Habilidades Interacción Social Post- intervención	Niño	7,44	1,39	121
	Niña	8,09	1,25	97
	Total	7,73	1,37	218

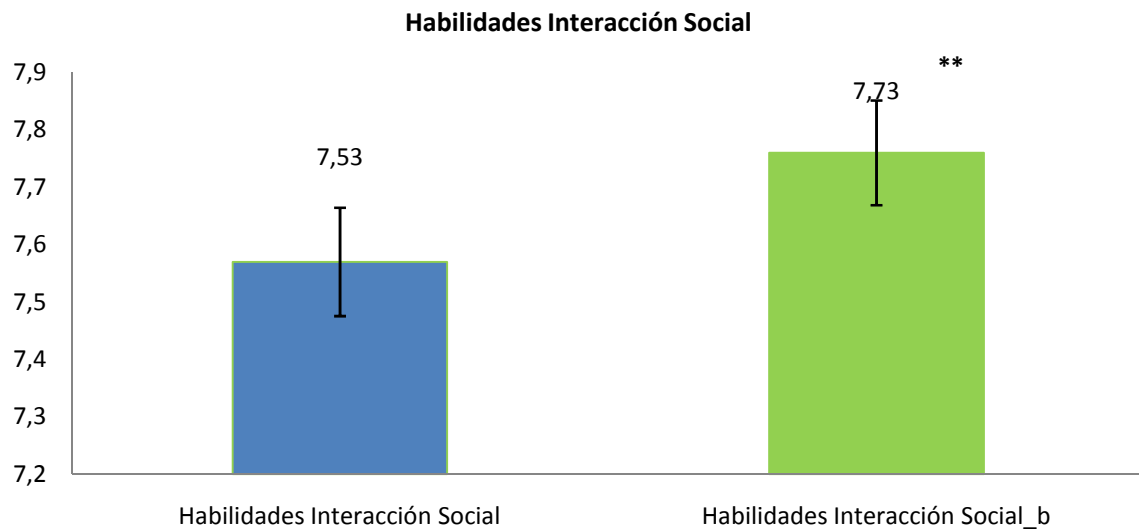


Figura 41

Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º de Educación Infantil

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Habilidades Interacción Social alumnado en 3º Educación Infantil

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	5,063**	0,025	0,023
Momento de evaluación * sexo	0,012	0,913	0,000

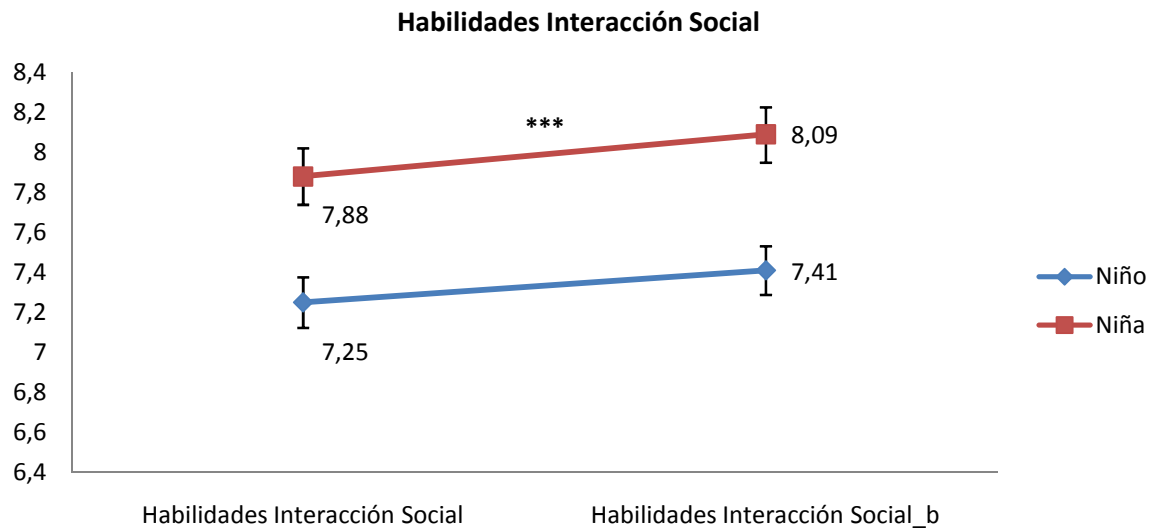


Figura 42

Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 3º de Educación Infantil

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Habilidades Interacción Social alumnado 3º Educación Infantil

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ªEta al cuadrado parcial</i>
sexo	15,236***	0,001	0,066

1º y 2º ciclo primaria: 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

En la Tabla 60 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Habilidades de Interacción Social en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

El ANOVA indicó que hay diferencias significativas en la dimensión Habilidades de Interacción Social entre la fase pre- intervención y post- intervención, $F(1,739) = 12,62$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.017$ (Figura 43), siendo mayor la puntuación en la fase post-intervención.

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre- intervención como en el momento post- intervención se produce un aumento en el Habilidades de Interacción social que es igual para niños y para niñas, $F(1,739) = 0.119$, $p = 0.731$ (Figura 44).

Como fue indicado anteriormente, El efecto del sexo fue significativo, $F(1.739) = 27,63$ $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.036$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en Habilidades de Interacción Social, tanto en la fase pre- intervención, como en la fase intervención (Figura 44).

Tabla 60

Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica	N
Habilidades Interacción Social Pre- intervención	Niño	7,05	1,305	369
	Niña	7,48	1,313	373
	Total	7,27	1,326	742
Habilidades Interacción Social Post- intervención	Niño	7,16	1,243	369
	Niña	7,62	1,187	373
	Total	7,39	1,236	742

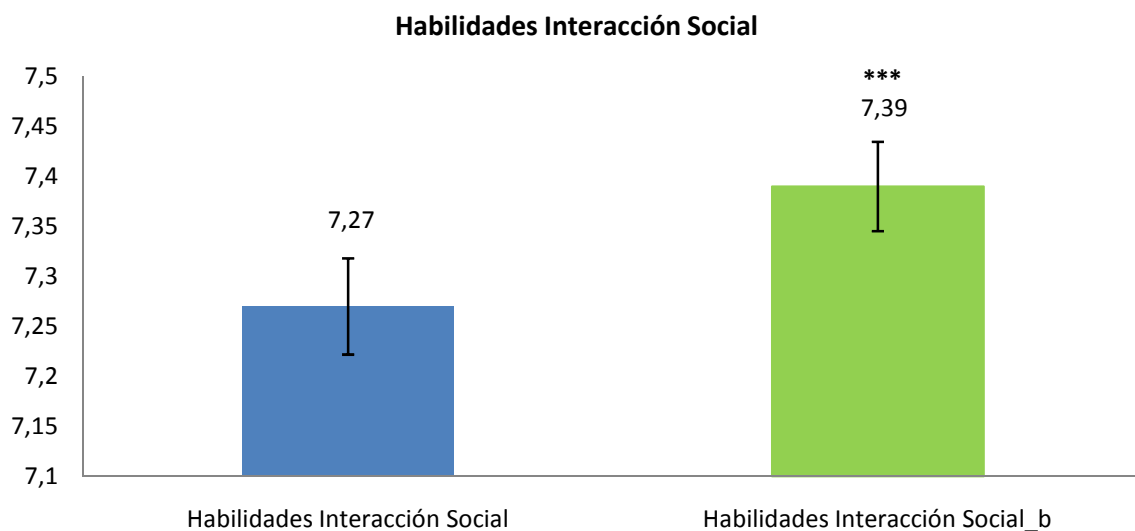


Figura 43

Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Habilidades Interacción Social alumnado de 1º,

2º, 3º y 4º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	12,622***	0,000	0,017
Momento de evaluación * sexo	0,119	0,731	0,000

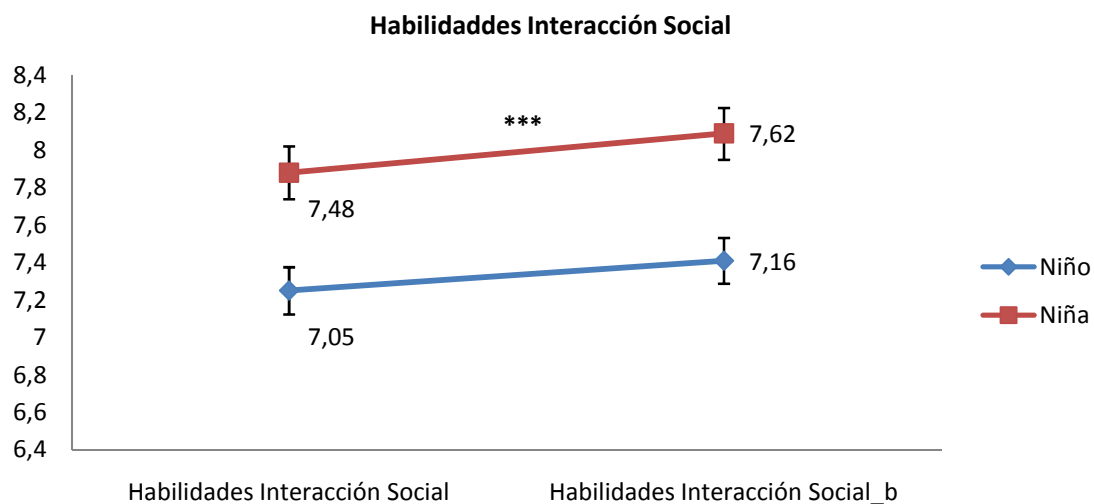


Figura 44

Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Habilidades Interacción Social alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
sexo	27,63***	0,000	0,036

3º ciclo primaria: 5º y 6º de Educación Primaria

En la Tabla 61 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Habilidades de Interacción Social en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 3º ciclo de Primaria.

El ANOVA indicó una menor puntuación en Habilidades de Interacción Social (4.70 vs 4.44) en la fase post- intervención con respecto a la fase pre- intervención, $F(1,454) = 8.457$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.018$. En esta escala a menor puntuación más Habilidades de Interacción Social presentan el alumnado. Por lo tanto el programa preventivo es efectivo. (Figura 45).

Fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. $F(1,454) = 4.594$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.010$. El descenso en la puntuación obtenida en la dimensión Habilidades de Interacción Social en la fase post- intervención con respecto a la fase pre- intervención es mayor en las niñas que en los niños (Figura 46).

Como se mencionó anteriormente, el efecto del sexo fue significativo, $F(1,454) = 10.702$ $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.023$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en Habilidades de Interacción Social, tanto en la fase pre- intervención, como en la fase post- intervención. Esto quiere decir que los niños tienen mayores habilidades sociales (Figura 46).

Tabla 61

Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica	N
Habilidades Interacción Social Pre- intervención	Niño	4,33	1,86	223
	Niña	5,05	1,87	233
	Total	4,70	1,90	456
Habilidades Interacción Social Post- intervención	Niño	4,26	2,08	223
	Niña	4,60	2,06	233
	Total	4,44	2,07	456

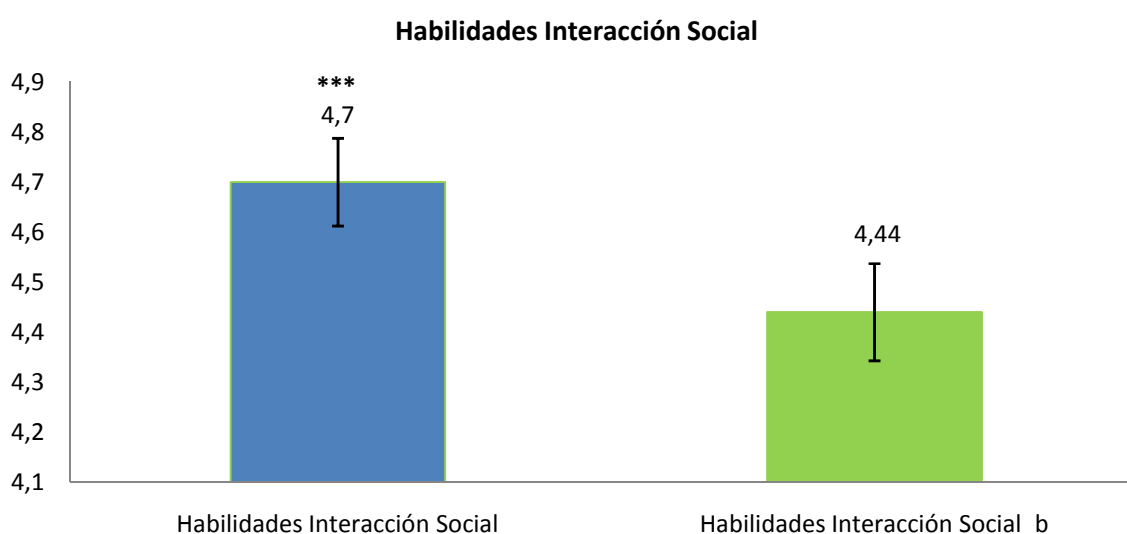


Figura 45

Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º ciclo de Educación primaria

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Habilidades Interacción Social alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	8,457**	0,004	0,018
Momento de evaluación * sexo	4,594*	0,033	0,010

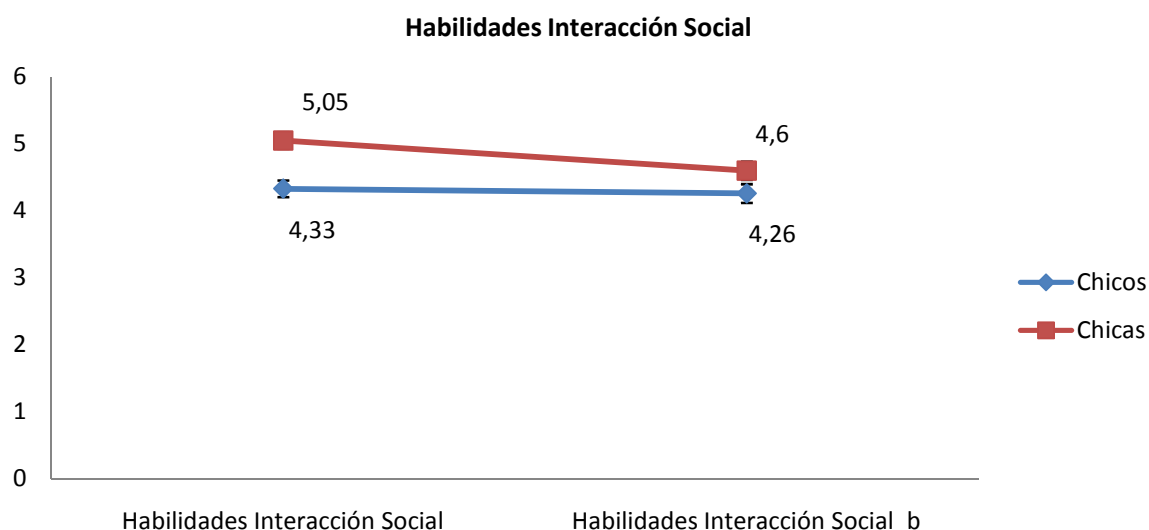


Figura 46

Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 3º ciclo de Educación primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Habilidades Interacción Social alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
sexo	10,70***	0,001	0,023

1º, 2º, 3º y 4º ESO

En la Tabla 62 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Habilidades de Interacción Social en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de ESO.

El ANOVA indicó diferencias significativas en esta dimensión obteniéndose una mayor puntuación en Habilidades de Interacción Social (3.65 Vs 3.36) en la fase pre-intervención. En esta escala a menor puntuación mayores Habilidades de Interacción Social posee el alumnado. Por lo tanto el programa preventivo es efectivo en esta dimensión. $F(1,1417) = 42.533$ $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.029$ (Figura 47).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre- intervención como en el momento post- intervención se produce un descenso de la dimensión Habilidades de Interacción Social que igual para chicos que para chicas $F(1,1417) = 1.557$ $p = 0.212$ (Figura 48).

Como se mencionó anteriormente, no existieron diferencias significativas entre los chicos y chicas en la dimensión Habilidades de Interacción Social entre la fase pre-intervención y la fase post- intervención. $F(1,1417) = 1.006$ $p = 0.316$ (Figura 48).

Tabla 62

Estadísticos descriptivos escala Habilidades Interacción Social alumnado de ESO antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica.	N
Habilidades Interacción Social Pre- intervención	Chico	3,64	1,92	702
	Chica	3,67	1,76	717
	Total	3,65	1,84	1419
Habilidades Interacción Social Post- intervención	Chico	3,28	1,95	702
	Chica	3,43	1,90	717
	Total	3,36	1,92	1419

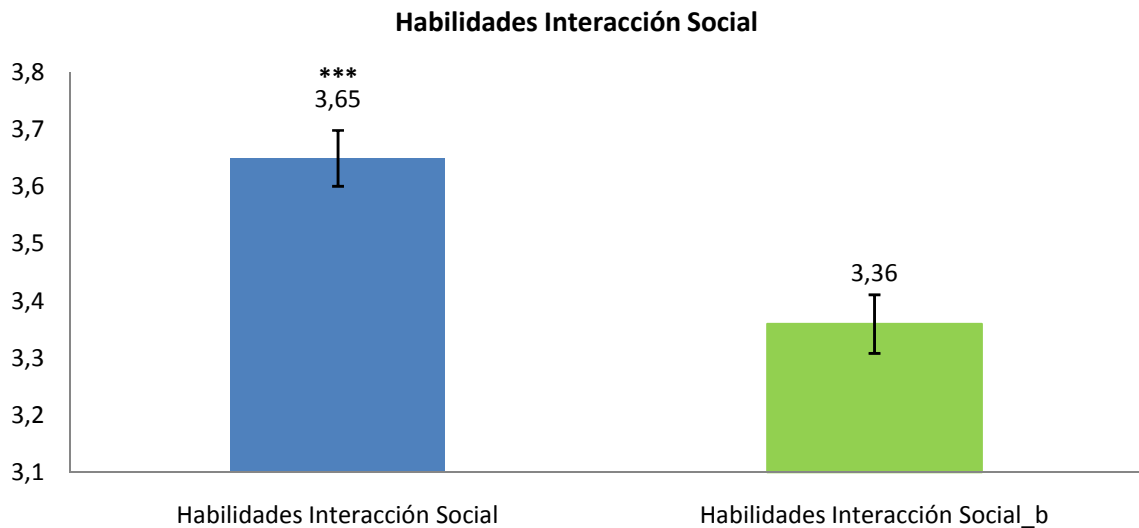


Figura 47

Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de ESO
Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Habilidades Interacción Social alumnado de ESO

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>°Eta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	42,533***	0,000	0,029
Momento de evaluación * sexo	1,557	0,212	0,001

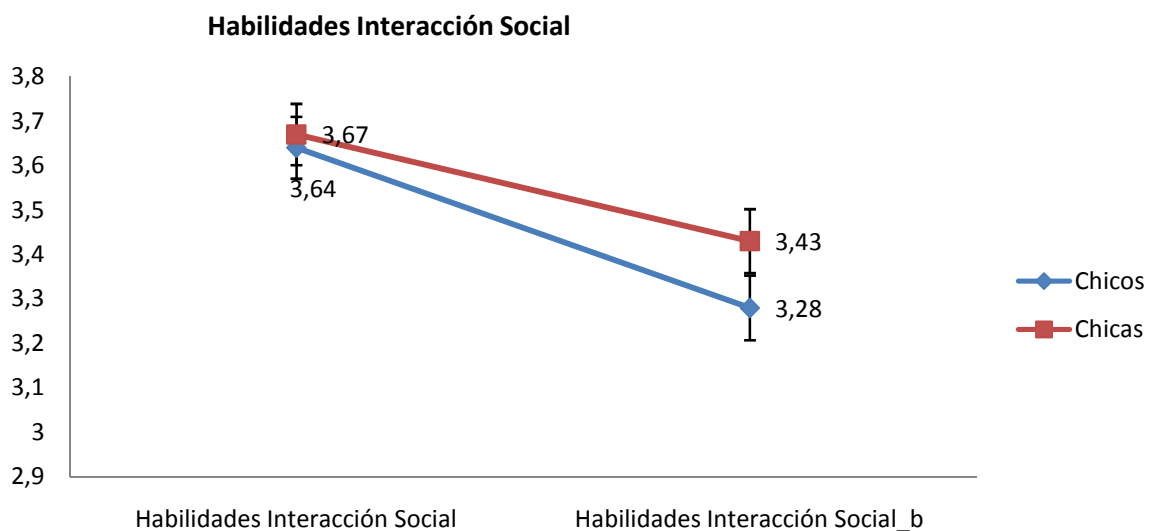


Figura 48

Puntuación media en Habilidades Interacción Social en función del momento de

evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de ESO

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Habilidades Interacción Social alumnado de ESO

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>²Eta al cuadrado parcial</i>
sexo	1,006	0,316	0,001

En resumen se cumple, la hipótesis 3.2. En el alumnado de Educación Infantil y en el alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria es mayor la puntuación en Habilidades de Interacción Social después de aplicar el programa de prevención. En el 3º ciclo de Educación Primaria y en ESO es menor la puntuación en Habilidades de Interacción Social después de aplicar el programa de prevención. (En estas etapas educativas a menor puntuación en la escala mayores Habilidades de Interacción Social). En cuanto al sexo las niñas de Educación Infantil, 1º y 2º ciclo de Educación Primaria tienen mejores puntuaciones en Habilidades de Interacción Social después de la intervención preventiva que los niños. En el 3º ciclo de Educación Primaria son los chicos los que tienen mejores Habilidades de Interacción Social después de la intervención preventiva, mientras que en ESO desaparecen las diferencias entre chicos y chicas.

10.3.3.- Aumentara significativamente la puntuación en Autocontrol después de la intervención en el alumnado de Educación Infantil y de Educación Primaria

AUTOCONTROL

3º de Educación Infantil

En la Tabla 63 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autocontrol en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 3º de Educación Infantil.

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas en la dimensión Autocontrol entre las fases pre-evaluación y la fase post-evaluación, $F(1,216) = 1.304$, $p = 0.255$ (Figura 49).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre-evaluación como en el momento post-evaluación se produce

un aumento del autocontrol que es igual para niños y para niñas, $F(1,216) = 0.059$ $p = 0.808$ (Figura 50).

El efecto del sexo fue significativo, $F(1,216) = 31.435$ $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.127$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en Autocontrol, tanto en la fase pre-evaluación, como en la fase post-evaluación (Figura 50).

Tabla 63

Estadísticos descriptivos escala Autocontrol alumnado 3º Educación Infantil antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

		sexo	Media	Desviación típica	N
Autocontrol	Pre- intervención	Niño	6,16	2,01	121
		Niña	7,46	1,74	97
		Total	6,74	2,00	218
Autocontrol	Post- intervención	Niño	6,31	1,92	121
		Niña	7,56	1,57	97
		Total	6,87	1,87	218

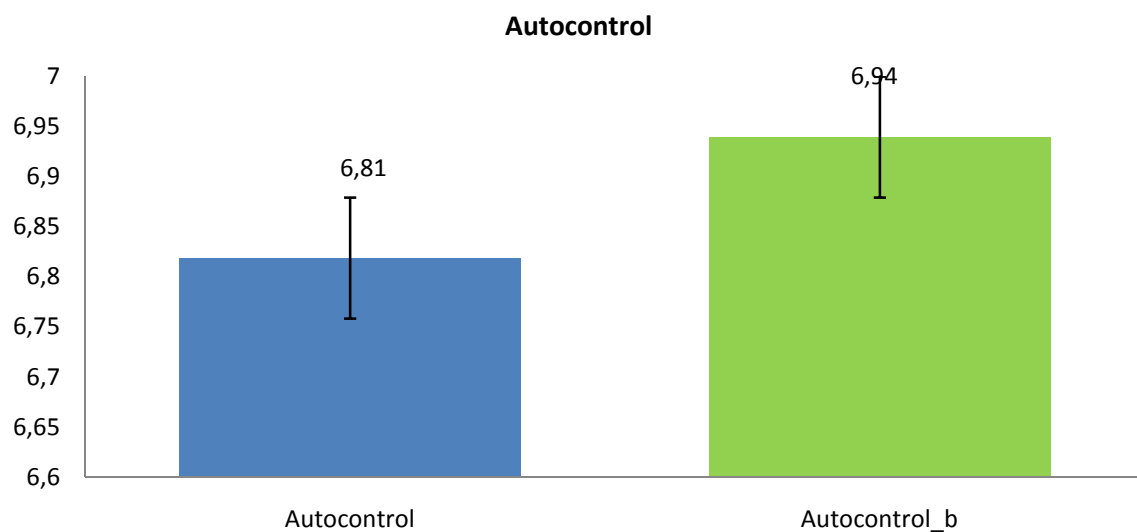


Figura 49

Puntuación media en Autocontrol en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º de Educación Infantil
Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Autocontrol alumnado en 3º Educación Infantil

	F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
Momento de evaluación pre-intervención, post	1,304	0,255	0,006

intervención			
Momento de evaluación *			
sexo	0,059	0,808	0,000

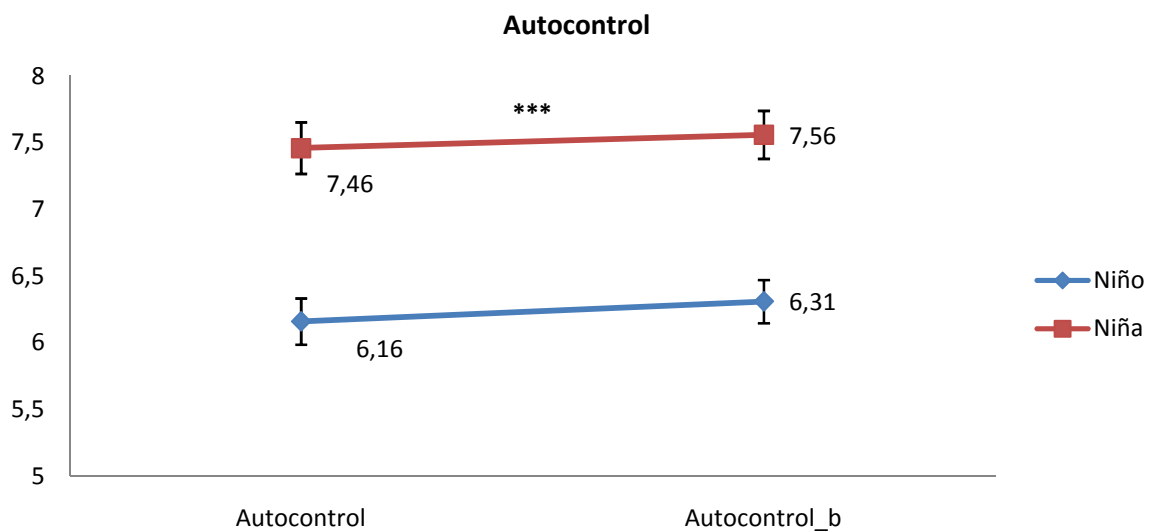


Figura 50

Puntuación media en Autocontrol en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 3º de Educación Infantil

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autocontrol alumnado 3º Educación Infantil

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ºEta al cuadrado parcial</i>
sexo	31,435***	0,000	0,127

1º y 2º ciclo primaria: 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

En la Tabla 64 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autocontrol en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas en la dimensión Autocontrol entre la fase pre- intervención y post- intervención, $F(1,739) = 0.672$, $p = 0.413$ (Figura 51).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre- intervención como en el momento post- intervención se produce un aumento en el Autocontrol que es igual para niños y para niñas, $F(1,739) = 1.097$, $p = 0.295$ (Figura 52).

Como fue indicado anteriormente, el efecto del sexo fue significativo, $F(1.739) = 70.836$ $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.087$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en autocontrol, tanto en la fase pre- intervención, como en la fase intervención (Figura 52).

Tabla 64

Estadísticos descriptivos escala Autocontrol alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica	N
Autocontrol Pre- intervención	Niño	5,90	1,85	369
	Niña	6,94	1,68	372
	Total	6,42	1,84	742
Autocontrol Post- intervención	Niño	5,99	1,81	369
	Niña	6,93	1,53	372
	Total	6,46	1,74	742

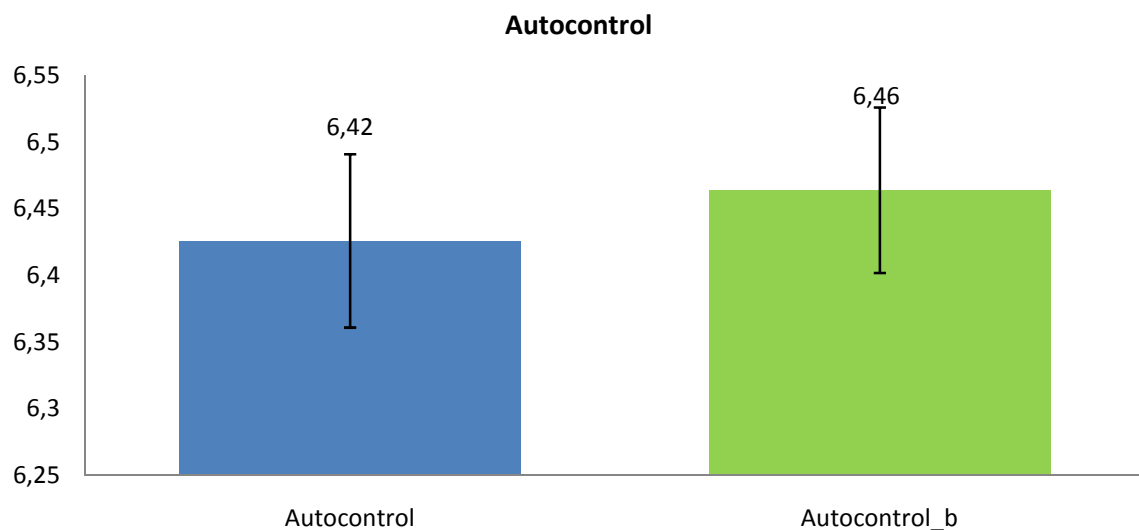


Figura 51

Puntuación media en Autocontrol en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Autocontrol alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

	F	Valor p	η^2 al cuadrado parcial
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	0,672	0,413	0,001
Momento de evaluación * sexo	1,097	0,295	0,001

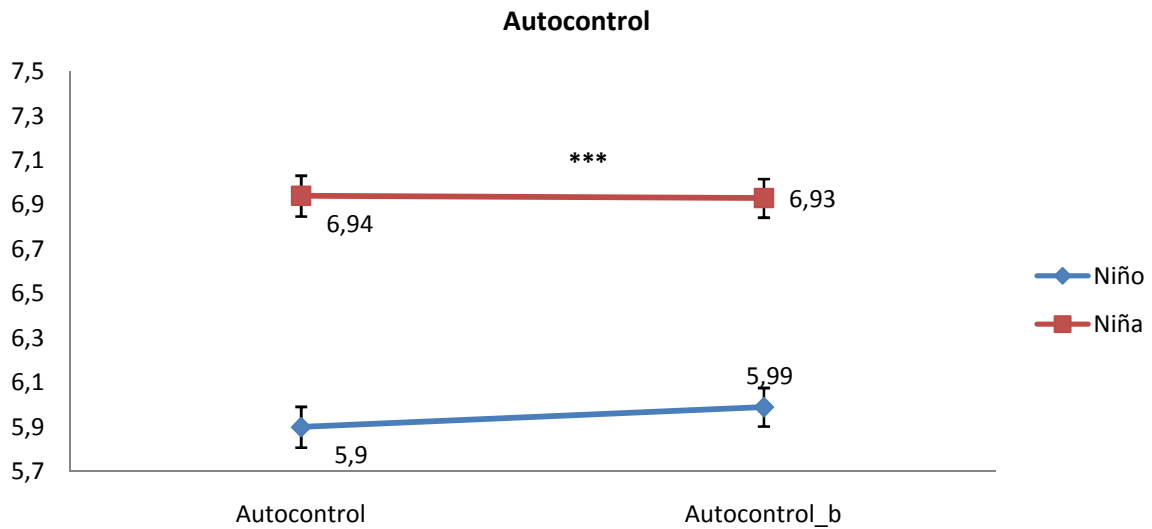


Figura 52

Puntuación media en Autocontrol en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autocontrol de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ºEta al cuadrado parcial</i>
sexo	70,836***	0,000	0,087

3º ciclo primaria: 5º y 6º de Educación Primaria

En la Tabla 65 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autocontrol en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 3º ciclo Primaria.

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas en la dimensión Autocontrol para los alumnos de 5º y 6º de Educación Primaria entre la fase pre-intervención y la fase post- intervención. $F(1,454) = 0.016$ $p = 0.898$ (Figura 53).

Fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Las niñas aumentan su puntuación en Autocontrol, mientras que los niños empeoran la puntuación en Autocontrol en la fase post-intervención con respecto a la fase pre-intervención, $F(1,454) = 6.787$ $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.015$ (Figura 54).

Como se mencionó anteriormente, el efecto del sexo fue significativo, $F(1,454) = 28.709$ $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.059$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en

Autocontrol, tanto en la fase pre- intervención, como en la fase post- intervención (Figura 54).

Tabla 65

Estadísticos descriptivos escala Autocontrol alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica	N
Autocontrol Pre- intervención	Niño	6,82	1,59	223
	Niña	7,38	1,36	233
	Total	7,11	1,50	456
Autocontrol Post- intervención	Niño	6,67	1,67	223
	Niña	7,52	1,43	233
	Total	7,10	1,61	456

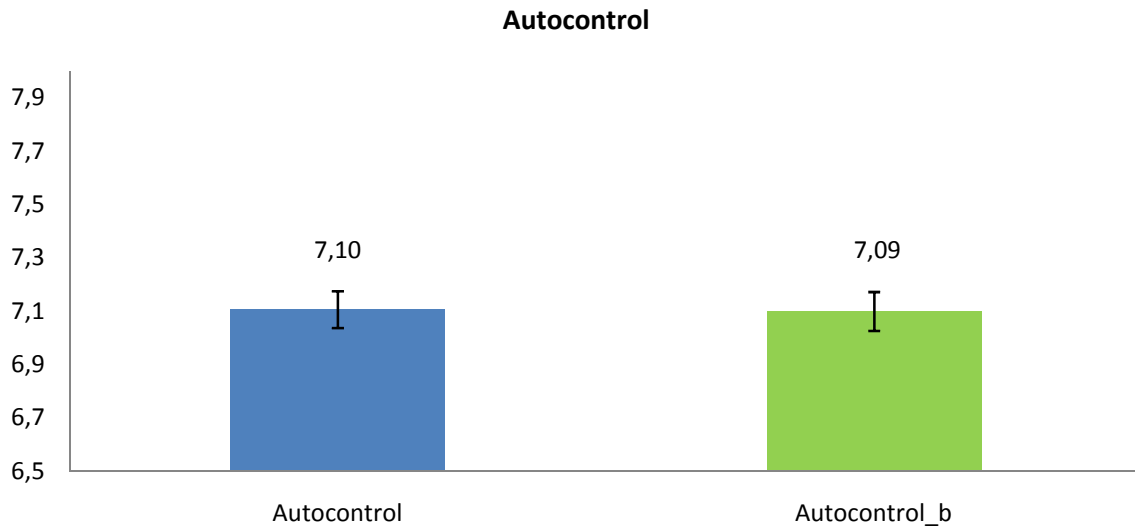
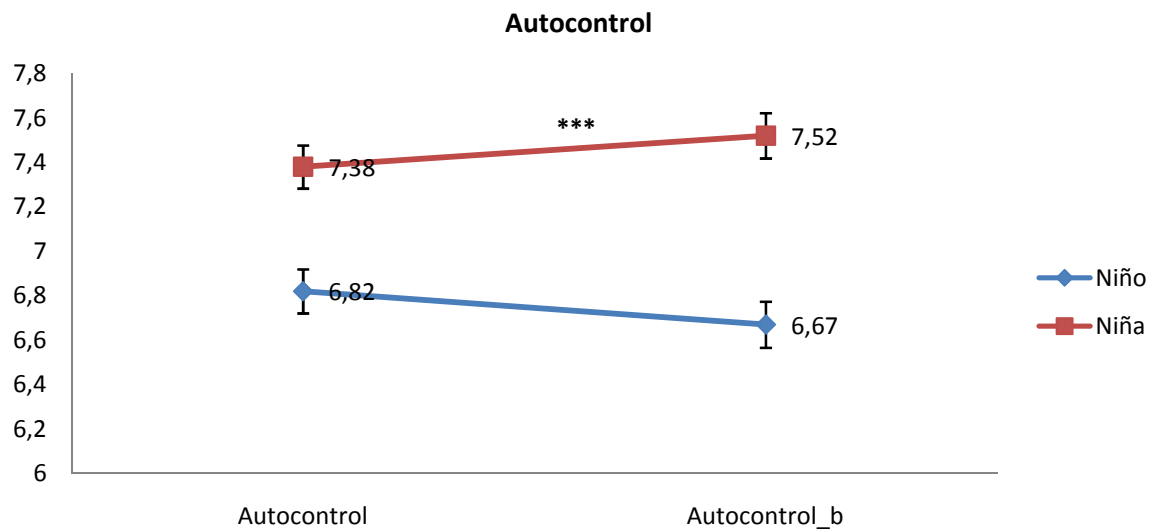


Figura 53

Puntuación media en Autocontrol en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Autocontrol alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

	F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	0,016	0,898	0,000
Momento de evaluación * sexo	6,787**	0,009	0,015

**Figura 54**

Puntuación media en Autocontrol en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 3º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autocontrol alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ªEta al cuadrado parcial</i>
sexo	28,709***	0,000	0,059

En resumen no se cumple, la hipótesis 3.3 en ninguna de las etapas educativas. La puntuación en la escala Autocontrol no aumenta de manera significativa después de la intervención preventiva en los grupos evaluados. Las niñas puntúan significativamente más en la escala Autocontrol en Infantil, primer, segundo y tercer ciclo de Educación Primaria.

10.3.4.- Aumentará significativamente la puntuación en Actitudes hacia la Salud después de la intervención en el alumnado de Educación Infantil y Educación Primaria.

ACTITUDES HACIA LA SALUD

3º de Educación Infantil

En la Tabla 66 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Actitudes hacia la Salud en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 3º de Educación Infantil.

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas en la dimensión Actitudes hacia la Salud entre las fases pre- intervención y la fase post- intervención, $F(1,216) = 0.887$ $p = 0.347$ (Figura 55).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación, $F(1,216) = 3.068$ $p = 0.081$ (Figura 56).

Como fue indicado anteriormente, el efecto del sexo fue significativo, $F(1,216) = 15.952$ $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.069$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en Actitud hacia la Salud, tanto en la fase pre- intervención, como en la fase post- intervención (Figura 56).

Tabla 66

Estadísticos descriptivos escala Actitudes hacia la Salud alumnado 3º Educación Infantil antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

		sexo	Media	Desviación típica	N
Actitudes hacia la Salud intervención	Pre-	Niño	7,32	1,27	121
		Niña	7,76	1,15	97
		Total	7,51	1,24	218
Actitudes hacia la Salud intervención	Post-	Niño	7,08	1,35	121
		Niña	7,83	1,29	97
		Total	7,41	1,37	218

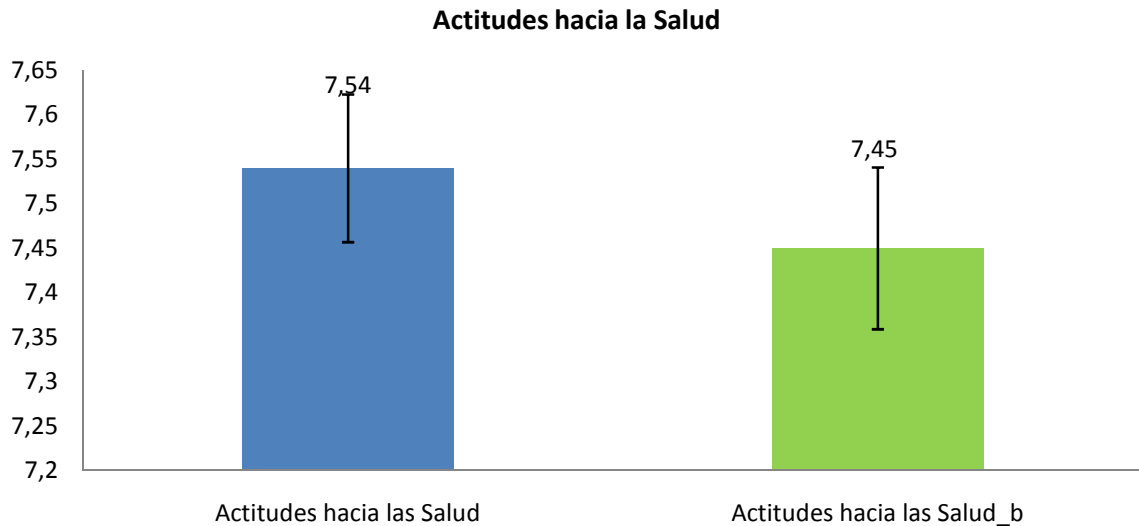


Figura 55
Puntuación media en Actitudes hacia la Salud en función del momento de evaluación
(antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º de Educación
Infantil

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Actitudes hacia la Salud alumnado en 3º Educación Infantil

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>^aEta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	0,887	0,347	0,004
Momento de evaluación * sexo	3,068	0,081	0,014

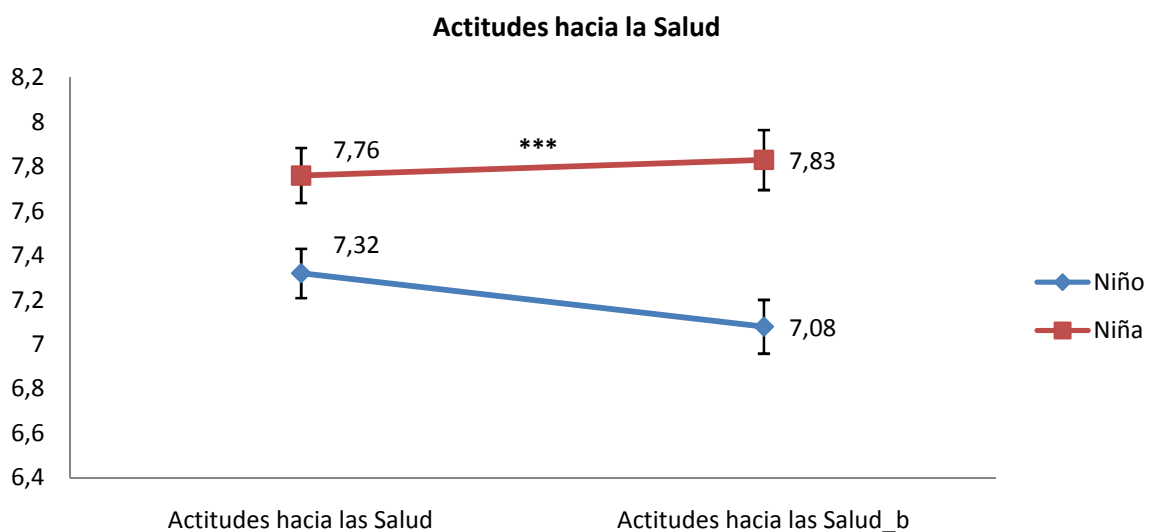


Figura 56

Puntuación media en Actitudes hacia la Salud en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 3º de Educación Infantil

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Actitudes hacia la Salud alumnado 3º Educación Infantil

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>η² al cuadrado parcial</i>
sexo	31,435***	0,000	0,127

1º y 2º ciclo Primaria: 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

En la Tabla 67 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Actitudes hacia la Salud en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

El ANOVA indicó que hay diferencias significativas en la dimensión Actitudes hacia la Salud entre la fase pre- intervención y post- intervención aumentando la puntuación después de la misma, $F(1,739) = 19.43$ $p < 0.000$, $\eta^2 = 0.026$ (Figura 57).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre- intervención como en el momento post- intervención se produce un aumento en Actitudes hacia la Salud que es igual para niños y para niñas, $F(1,739) = 3,19$, $p = 0.074$ (Figura 58).

Como fue indicado anteriormente, El efecto del sexo fue significativo, $F(1,739) = 11.416$ $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.015$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en Actitudes hacia la Salud, tanto en la fase pre- intervención, como en la fase post- intervención (Figura 58).

Tabla 67

Estadísticos descriptivos escala Actitudes hacia la Salud alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica	N
Actitudes hacia la Salud Pre-intervención	Niño	6,81	1,06	369
	Niña	6,99	1,14	372
	Total	6,90	1,10	742
Actitudes hacia la Salud Post-intervención	Niño	6,92	1,16	369
	Niña	7,23	1,14	372
	Total	7,08	1,16	742

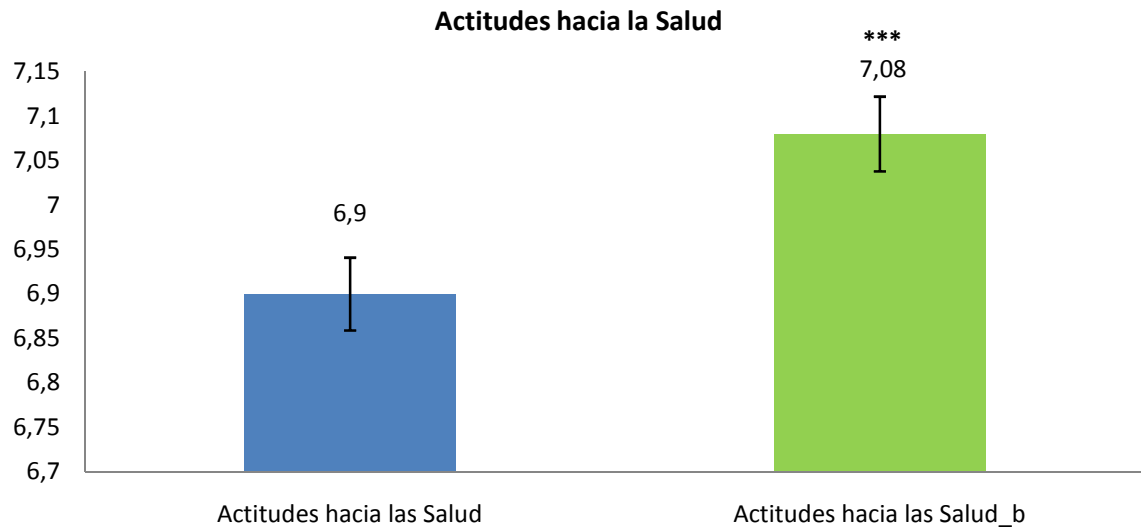


Figura 57

Puntuación media en Actitudes hacia la Salud en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Actitudes hacia la Salud alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	19,43***	0,000	0,026
Momento de evaluación * sexo	3,19	0,074	0,004

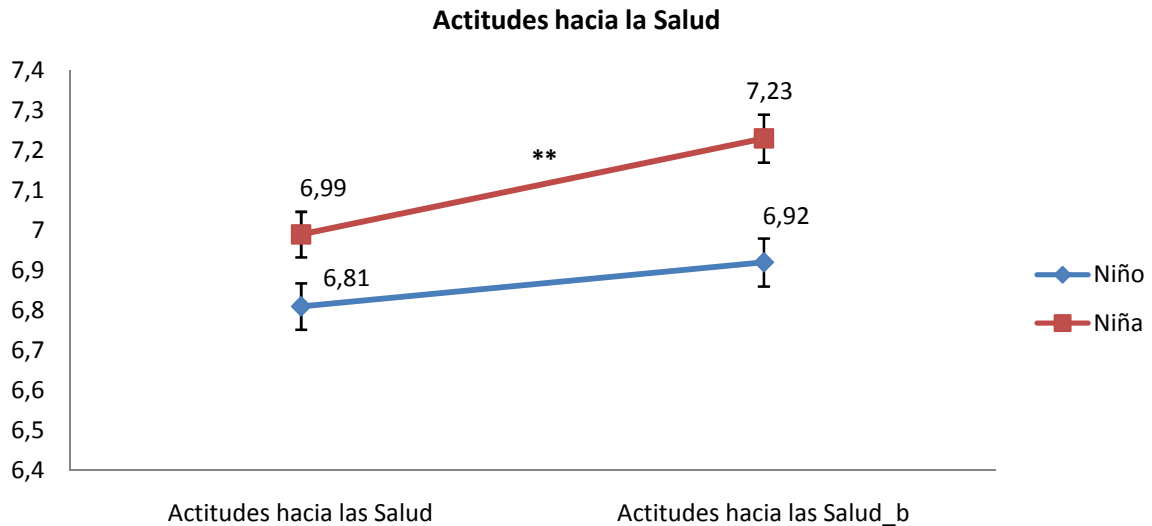


Figura 58

Puntuación media en Actitudes hacia la Salud en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Actitudes hacia la Salud de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>η² al cuadrado parcial</i>
sexo	11,416**	0,001	0,015

3º ciclo primaria: 5º y 6º de Educación Primaria

En la Tabla 68 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Actitudes hacia la Salud en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 3º ciclo Primaria.

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas en la dimensión Actitudes hacia la Salud para los alumnos de 5º y 6º de Educación Primaria entre la fase pre-intervención y la fase post- intervención. $F(1,454) = 0.037$ $p = 0.847$ (Figura 59).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Las niñas aumentan su puntuación en Actitudes hacia la Salud, mientras que los niños empeoran la puntuación en Actitudes hacia la Salud en la fase post-intervención con respecto a la fase pre- intervención, $F(1,454) = 3.695$ $p = 0.055$. (Figura 60).

Como se mencionó anteriormente, el efecto del sexo fue significativo, $F(1,454) = 8.708$ $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.019$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en Actitudes hacia la Salud, tanto en la fase pre- intervención, como en la fase post- intervención.

(Figura 60).

Tabla 68

Estadísticos descriptivos escala Actitudes hacia la Salud alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica	N
Actitudes hacia la Salud Pre-intervención	Niño	7,47	1,40	223
	Niña	7,66	1,31	233
	Total	7,57	1,36	456
Actitudes hacia la Salud Post-intervención	Niño	7,31	1,58	223
	Niña	7,79	1,46	233
	Total	7,56	1,54	456

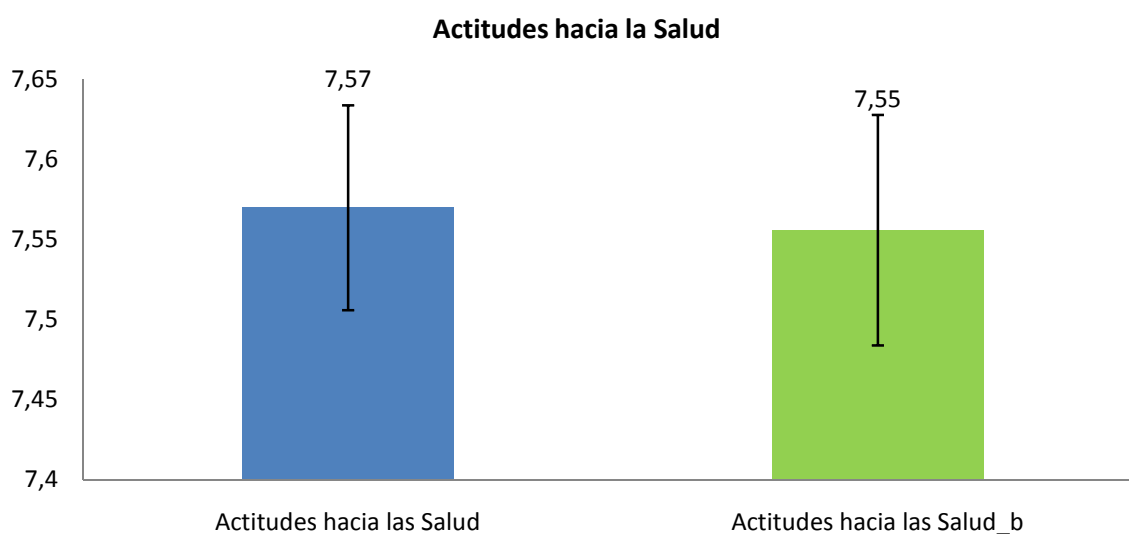


Figura 59

Puntuación media en Actitudes hacia la Salud en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Actitudes hacia la Salud alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

	F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	0,037	0,847	0,000

Momento de evaluación *	3,695	0,055	0,008
sexo			

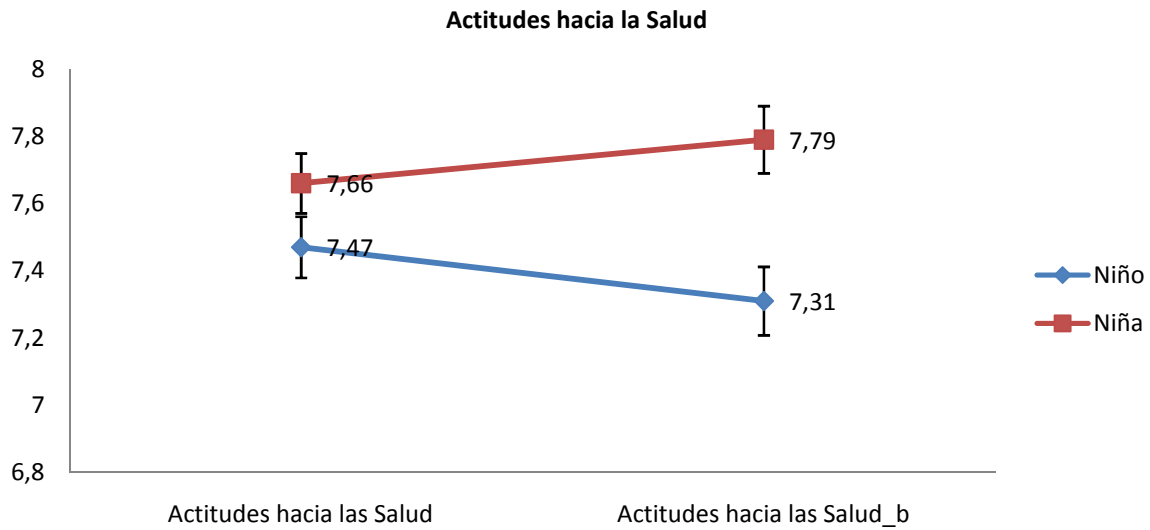


Figura 60

Puntuación media en Actitudes hacia la Salud en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Actitudes hacia la Salud alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>ºEta al cuadrado parcial</i>
sexo	8,708**	0,003	0,019

En resumen se cumple, la hipótesis 3.4 en el primer ciclo de Educación Primaria mejorando la puntuación en Actitudes hacia la Salud después de la intervención preventiva. La puntuación en la escala Actitudes hacia la Salud no aumenta de manera significativa después de la intervención preventiva en Educación Infantil y en el segundo ciclo de Educación Primaria. Las niñas puntúan significativamente más en la escala Actitudes hacia la Salud todas las etapas educativas evaluadas.

10.3.5.- Aumentará significativamente la puntuación en Empatía después de la intervención en el alumnado de Educación Primaria

EMPATÍA

1º y 2º ciclo primaria: 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

En la Tabla 69 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Empatía en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 1º y 2º ciclo primaria.

El ANOVA indicó que hay diferencias significativas en la dimensión Empatía entre la fase pre-intervención y la fase post-intervención, $F(1,739) = 38.70$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.050$ (Figura 61). Siendo mayor la puntuación en Empatía en la fase post-intervención (6.40 vs 6.67)

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre- intervención como en el momento post- intervención se produce un aumento de la Empatía que es igual para niños y para niñas. $F(1,739) = 2.529$, $p = 0.112$ (Figura 62).

Como fue indicado anteriormente, El efecto del sexo fue significativo, $F(1,739) = 33.51$ $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.043$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en Empatía, tanto en la fase pre- intervención como en la fase post- intervención (Figura 62).

Tabla 69

Estadísticos descriptivos escala Empatía alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

		sexo	Media	Desviación típica.	N
Empatía	Pre- intervención	Niño	6,16	1,47	369
		Niña	6,64	1,34	372
		Total	6,40	1,43	742
Empatía	Post- intervención	Niño	6,36	1,51	369
		Niña	6,97	1,33	372
		Total	6,67	1,46	742
Momento de evaluación *					
sexo		2,529	0,112		0,003

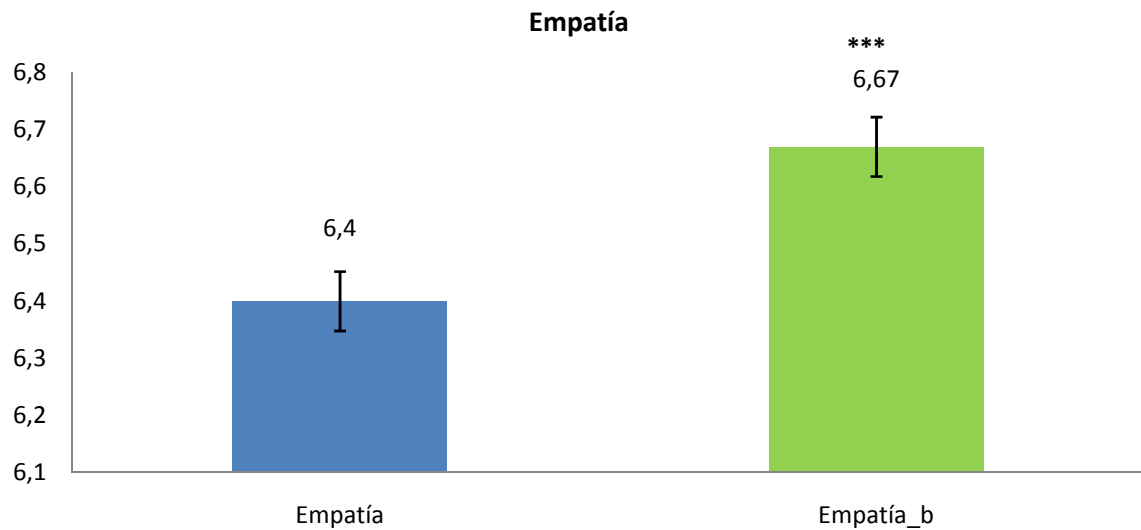


Figura 61

Puntuación media en Empatía en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Empatía alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>°Eta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	38,70***	0,000	0,050

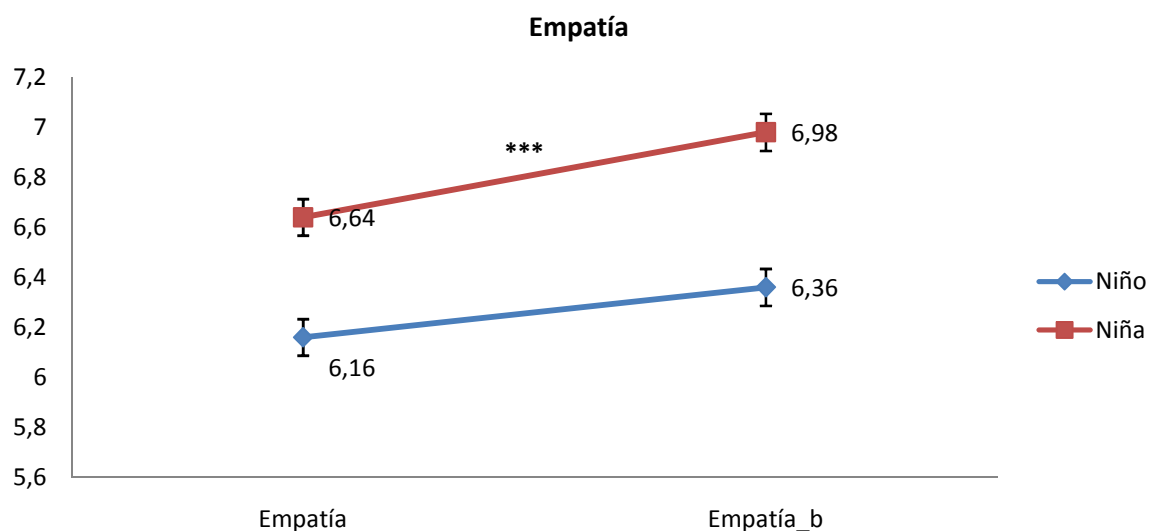


Figura 62

Puntuación media en Empatía en función del momento de evaluación (antes o

después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Empatía alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>η² al cuadrado parcial</i>
sexo	33,51***	0,000	0,043

3º ciclo primaria: 5º y 6º de Educación Primaria

En la Tabla 70 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Empatía en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 3º ciclo Primaria.

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas en la dimensión Empatía entre la fase pre-evaluación y la fase post-evaluación, $F(1,454) = 0.031$ $p = 0.861$ (Figura 63).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre-intervención como en el momento post-intervención se produce un aumento de la Empatía que es igual para niños y para niñas. $F(1,454) = 0.014$ $p = 0.905$ (Figura 64).

Como se mencionó anteriormente, el efecto del sexo fue significativo, $F(1,454) = 40.358$ $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.082$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en Empatía, tanto en la fase pre- intervención, como en la fase post- intervención. (Figura 64).

Tabla 70

Estadísticos descriptivos escala Empatía alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica.	N
Empatía Pre- intervención	Niño	6,59	1,40	223
	Niña	7,27	1,12	233
	Total	6,94	1,31	456
Empatía Post- intervención	Niño	6,61	1,40	223
	Niña	7,28	1,17	233
	Total	6,95	1,33	456

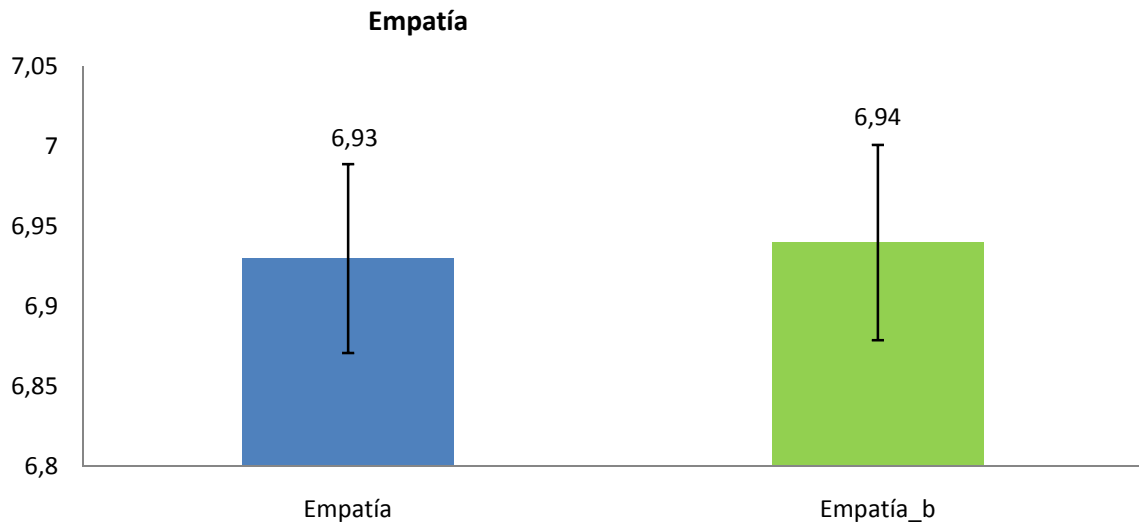


Figura 63

Puntuación media en Empatía en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 3º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Empatía alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	0,031	0,861	0,000
Momento de evaluación * sexo	0,014	0,905	0,000

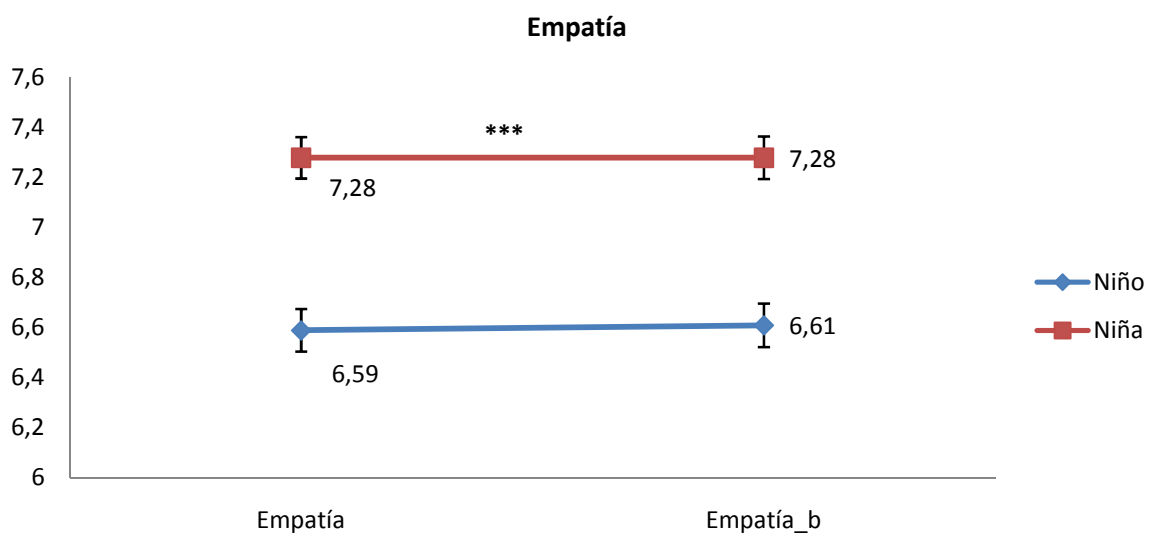


Figura 64

Puntuación media en Empatía en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º y 2º ciclo de Educación Primaria

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Empatía alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>η² al cuadrado parcial</i>
sexo	40,358***	0,000	0,082

En resumen se cumple la hipótesis 3.5 en el primer y segundo ciclo de Educación Primaria mejorando la puntuación en Empatía después de la intervención preventiva mientras que la puntuación no aumenta de manera significativa después de la intervención preventiva en el tercer ciclo de Educación Primaria. Las niñas puntúan significativamente más en la escala Empatía en todo el ciclo de Educación Primaria.

10.3.6.- Aumentará significativamente la puntuación en Autoexpresión Emocional después de la intervención en el alumnado del primer y segundo ciclo de educación primaria

AUTOEXPRESIÓN EMOCIONAL

1º y 2º ciclo primaria: 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

En la Tabla 71 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Autoexpresión Emocional en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de 1º y 2º ciclo Primaria.

El ANOVA indicó que hay diferencias significativas en la dimensión Autoexpresión Emocional entre la fase pre-intervención y la fase post-intervención, $F(1,739) = 35.30$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.046$ (Figura 65). Siendo mayor la puntuación en Empatía en la fase post-intervención (6.40 vs 6.69).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre- intervención como en el momento post- intervención se produce un aumento de la Autoexpresión Emocional que es igual para niños y para niñas. $F(1,739) = 0.344$, $p = 0.551$ (Figura 66).

Como fue indicado anteriormente, El efecto del sexo fue significativo, $F(1,739) = 20.49$ $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.027$. Las niñas obtuvieron una mayor puntuación en

Autoexpresión Emocional, tanto en la fase pre- intervención como en la fase post- intervención (Figura 66).

Tabla 71

Estadísticos descriptivos escala Autoexpresión Emocional alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica	N
Autoexpresión Emocional Pre-intervención	Niño	6,19	1,52	369
	Niña	6,61	1,47	373
	Total	6,40	1,51	742
Autoexpresión Emocional Post- intervención	Niño	6,45	1,49	369
	Niña	6,92	1,40	373
	Total	6,69	1,46	742

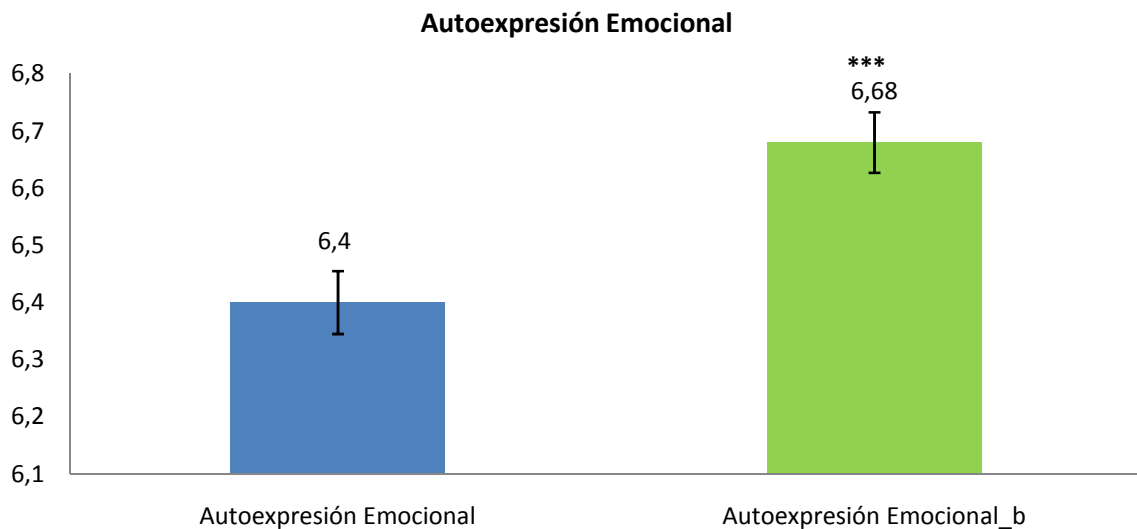


Figura 65

Puntuación media en Autoexpresión Emocional en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Autoexpresión Emocional alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>^aEta al cuadrado parcial</i>
----------	----------------	--

Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	35,30***	0,000	0,046
Momento de evaluación * sexo	0,344	0,558	0,000

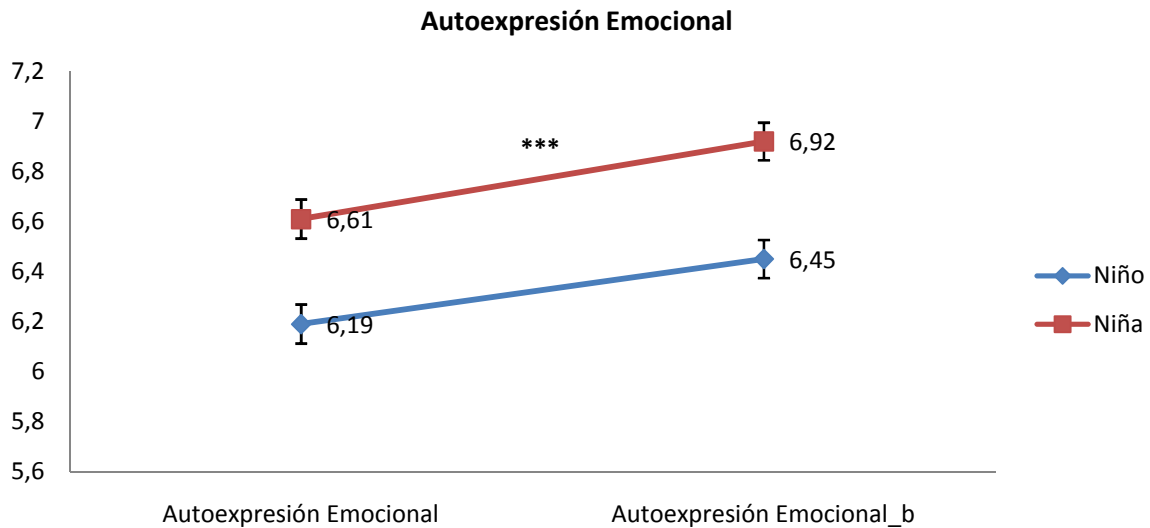


Figura 66

Puntuación media en Autoexpresión Emocional en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria.

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Autoexpresión Emocional alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>eta al cuadrado parcial</i>
sexo	20,49***	0,000	0,027

En resumen se cumple la hipótesis 3.6 en el primer y segundo ciclo de Educación Primaria mejorando la puntuación en Autoexpresión Emocional después de la intervención preventiva. Las niñas puntúan significativamente más en la escala Autoexpresión Emocional en todo el ciclo de Educación Primaria.

10.3.7.- Disminuirán significativamente las puntuaciones en Habilidades de Toma de Decisiones después de la intervención preventiva en el alumnado de ESO

HABILIDADES DE TOMA DE DECISIONES

1º, 2º, 3º y 4º de ESO

En la Tabla 72 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Habilidades de Toma de Decisiones en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de ESO.

El ANOVA indicó que no hay diferencias significativas en esta dimensión. En esta escala a menor puntuación mayores Habilidades de Toma de Decisiones posee el alumnado $F(1,1417) = 0.010$ $p = 0.919$ (Figura 67).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. $F(1,1417) = 2.10$ $p = 0.148$. (Figura 68).

Como se mencionó anteriormente, no existieron diferencias significativas entre los chicos y chicas en la dimensión Habilidades de Toma de Decisiones entre la fase pre- intervención y la fase post- intervención. $F(1,1417) = 0.308$ $p = 0.579$ (Figura 68).

Tabla 72

Estadísticos descriptivos escala Habilidades de Toma de Decisiones alumnado de ESO antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica	N
Habilidades de Toma de Decisiones Pre-intervención	Chico	4,21	1,84	702
	Chica	4,09	1,90	717
	Total	4,15	1,87	1419
Habilidades de Toma de Decisiones Post- intervención	Chico	4,15	1,91	702
	Chica	4,17	1,96	717
	Total	4,16	1,94	1419

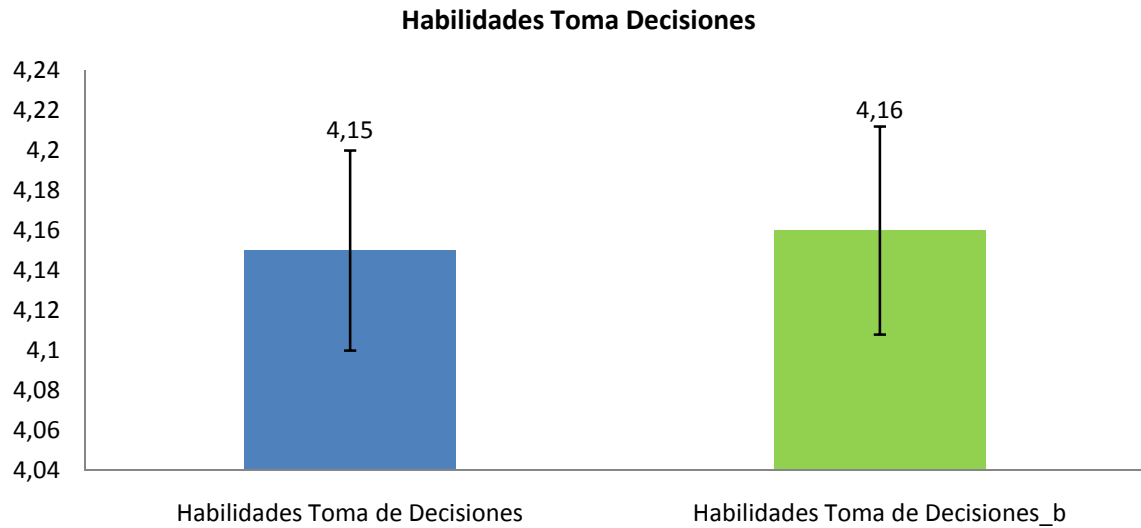


Figura 67

Puntuación media en Habilidades de Toma de Decisiones en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de ESO
Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Habilidades de Toma de Decisiones alumnado de ESO

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	^a <i>Eta al cuadrado parcial</i>
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	0,010	0,919	0,000
Momento de evaluación * sexo	2,10	0,148	0,001

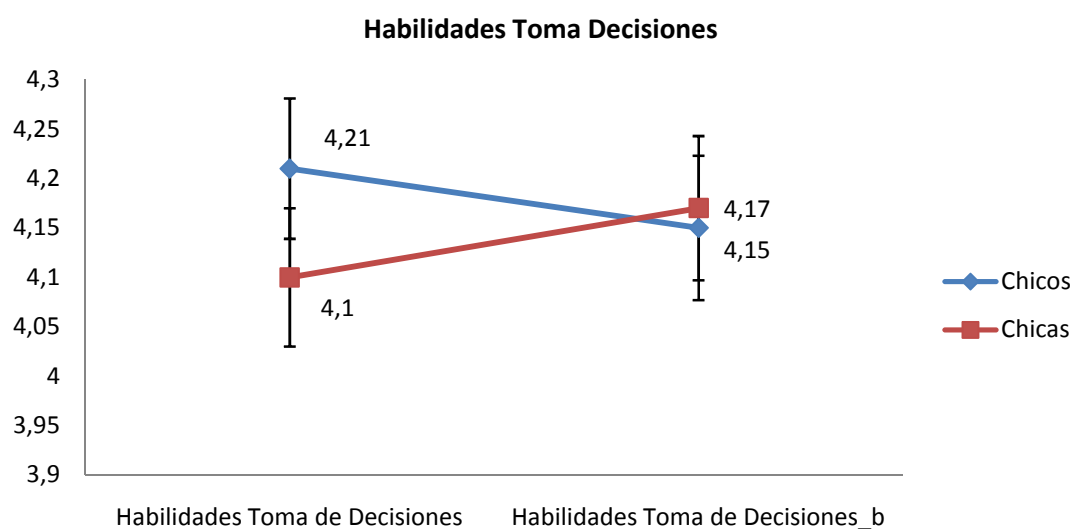


Figura 68

Puntuación media en Habilidades de Toma de Decisiones en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de ESO

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Habilidades de Toma de Decisiones alumnado de ESO

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>η² al cuadrado parcial</i>
sexo	1,006	0,316	0,001

En resumen, no se cumple la hipótesis 3.7. En el alumnado de ESO las puntuaciones no disminuyen de manera significativa.

10.3.8.- Aumentará significativamente la puntuación en Actitudes desfavorables hacia las Drogas después de la intervención preventiva en el alumnado de educación secundaria.

ACTITUDES DESFAVORABLES HACIA LAS DROGAS

1º, 2º, 3º y 4º ESO

En la Tabla 73 se pueden ver los estadísticos descriptivos referidos al factor Actitudes desfavorables hacia las Drogas en la fase pre-intervención y post-intervención en el alumnado de ESO.

El ANOVA indicó diferencias significativas obteniéndose una menor puntuación en Actitudes Hacia las Drogas (7.70 vs 7.54) en la fase post-evaluación con respecto a la fase pre-evaluación, $F(1,1417) = 18.873$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.013$ (Figura 69).

No fue significativo el efecto de interacción entre sexo*momento evaluación. Tanto en el momento pre-evaluación como en el momento post-evaluación se produce un descenso de la dimensión Actitudes hacia las Drogas tanto en las chicas como en los chicos $F(1,1417) = 1,558$ $p = 0.212$ (Figura 70).

Como fue mencionado anteriormente, no aparecieron diferencias significativas entre los chicos y chicas en la dimensión Actitudes Hacia las Drogas entre la fase pre-evaluación y la fase post-evaluación. $F(1,1417) = 0.729$ $p = 0.393$ (Figura 70).

Tabla 73

Estadísticos descriptivos escala Actitudes desfavorables hacia las Drogas alumnado de ESO antes y después de la intervención a través del programa de prevención según el sexo

	sexo	Media	Desviación típica	N
Actitudes desfavorables hacia las Drogas Pre- intervención	Chico	7,69	1,61	702
	Chica	7,71	1,51	717
	Total	7,70	1,55	1419
Actitudes desfavorables hacia las Drogas Post- intervención	Chico	7,48	1,83	702
	Chica	7,60	1,53	717
	Total	7,54	1,69	1419

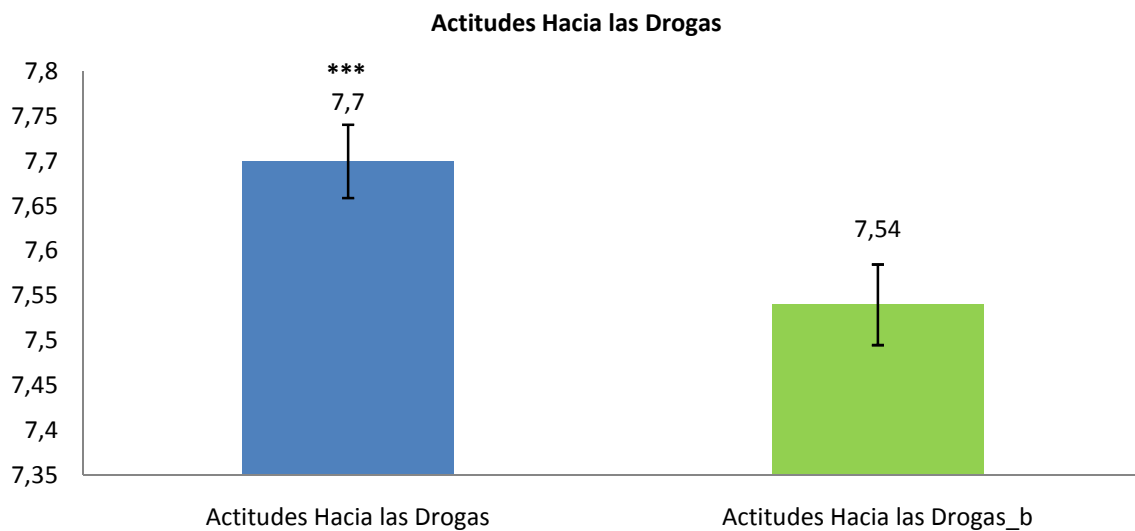
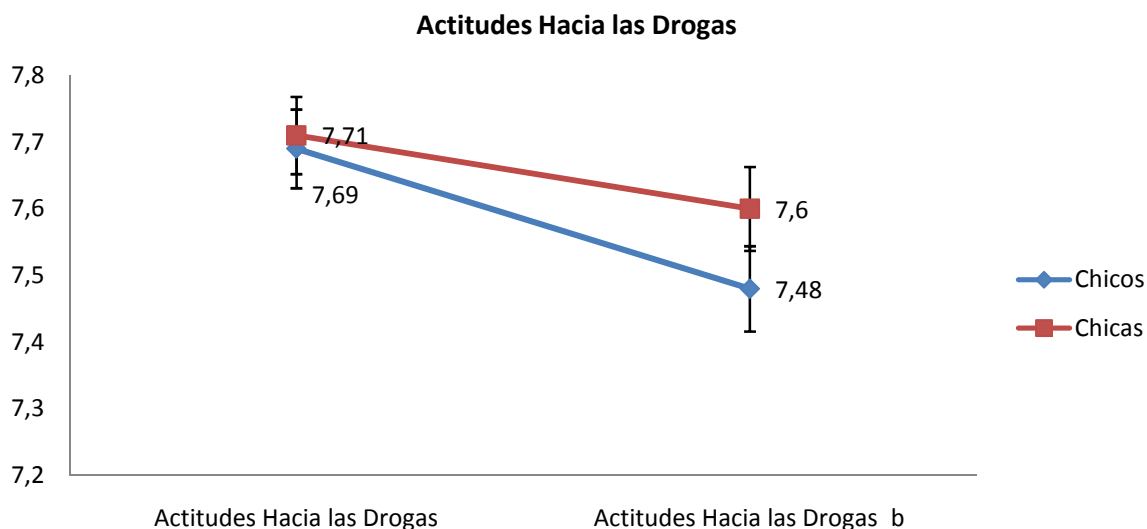


Figura 69

Puntuación media en Actitudes desfavorables hacia las Drogas en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) en alumnado de ESO

Pruebas de los efectos en función del momento de evaluación (antes y después de la intervención preventiva) en la escala Actitudes desfavorables hacia las Drogas alumnado de ESO

	F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
Momento de evaluación pre-intervención, post intervención	18,873***	0,000	0,013
Momento de evaluación * sexo	1,558	0,212	0,001

**Figura 70**

Puntuación media Actitudes desfavorables hacia las Drogas en función del momento de evaluación (antes o después de la intervención preventiva) y el sexo en alumnado de ESO

Pruebas de los efectos inter-grupos escala Actitudes desfavorables hacia las Drogas alumnado de ESO

	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>eta al cuadrado parcial</i>
sexo	0,729	0,393	0,001

En resumen, no se cumple la hipótesis 3.7: En el alumnado de ESO las puntuaciones disminuyen de manera significativa pero en la dirección contraria a la deseada. Después de aplicar el programa preventivo el alumnado obtiene una puntuación significativamente menor en Actitudes Desfavorables Hacia las Drogas.

10.4.- HIPÓTESIS 4: El alumnado perteneciente a centros donde hay una alta exposición al programa de prevención objeto de evaluación de esta tesis obtendrá unas puntuaciones mayores en los factores de protección

Partiendo de la base de datos facilitada por la entidad encargada de gestionar y aplicar el programa de prevención objeto de esta tesis se hizo una valoración del grado de exposición del mismo en función de los años que cada centro lo ha aplicado. Una baja exposición corresponde a aquellos centros que han aplicado el programa de un año a cuatro y una alta exposición corresponde a aquellos centros que han aplicado el

programa de cinco a nueve años. En el Anexo 1 mostramos los años de aplicación del programa en cada centro.

Para el análisis hemos realizado ANOVAs comparando las medias antes y después de la intervención preventiva entre los dos grados de aplicación

3º EDUCACIÓN INFANTIL

El ANOVA nos confirma que hay diferencias significativas en la dimensión Autoestima en función del grado de exposición al programa preventivo, $F(1,214) = 25.20$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.105$, en Habilidades de Interacción Social $F(1,214) = 35.41$, $p < 0.000$, $\eta^2 = 0.142$, y en Autocontrol $F(1,214) = 5.069$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.023$ siendo mayores las puntuaciones en el grupo de alta exposición. (Tabla 131).

En Actitudes Hacia la Salud no hay diferencias entre alta y baja exposición aunque la puntuación media es superior en el grupo de alta exposición. $F(1, 214) = 3.766$, $p = 0.054$. (Tabla 74).

En la Figura 71 se muestra la puntuación media en las escalas en función del grado de exposición.

Tabla 74

Pruebas de los efectos inter-grupos escalas alumnado 3º Educación Infantil en función del grado de exposición al programa de prevención

Escalas	F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
Autoestima	25,20***	0,000	0,105
Habilidades Interacción social	35,41***	0,000	0,142
Autocontrol	5,069*	0,025	0,023
Actitudes Hacia la Salud	3,766	0,054	0,017

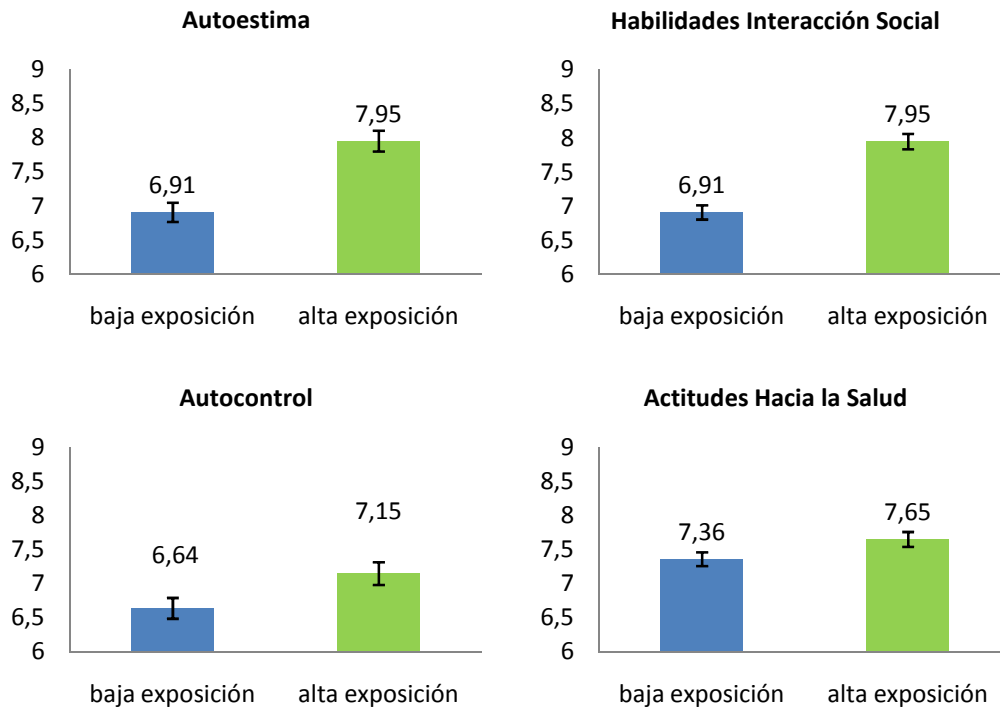


Figura 71

Puntuación media en las escalas en función del grado de exposición en alumnado de 3º de Educación Infantil

Nota. . Baja exposición: centros que han aplicado el programa de un año a cuatro. Alta exposición: centros que han aplicado el programa de cinco a nueve años

1º Y 2º CICLO PRIMARIA: 1º, 2º, 3º Y 4º DE EDUCACIÓN PRIMARIA

El ANOVA nos confirma que hay diferencias significativas en la dimensión Autoestima en función del grado de exposición al programa preventivo, $F(1,738) = 29,713$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.039$, en Habilidades de Interacción Social $F(1,738) = 11,756$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.016$, en Autocontrol $F(1,738) = 5,117$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0,007$ y en Actitudes Hacia la Salud $F(1,738) = 7,641$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0,010$ siendo mayores las puntuaciones en el grupo de alta exposición en todas las escalas menos en Actitudes Hacia la Salud donde la puntuación es mayor en el grupo de baja exposición. (Tabla 75).

En la Figura 72 se muestra la puntuación media en las escalas en función del grado de exposición.

Tabla 75

Pruebas de los efectos inter-grupos escalas alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria en función del grado de exposición al programa de prevención

Escalas	F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
Autoestima	29,713***	0,000	0,039
Habilidades Interacción social	11,756**	0,001	0,016
Autocontrol	5,117*	0,024	0,007
Empatía	60,449***	0,000	0,076
Actitudes Hacia la Salud	7,641**	0,006	0,010
Autoexpresión Emocional	44,362***	0,000	0,057

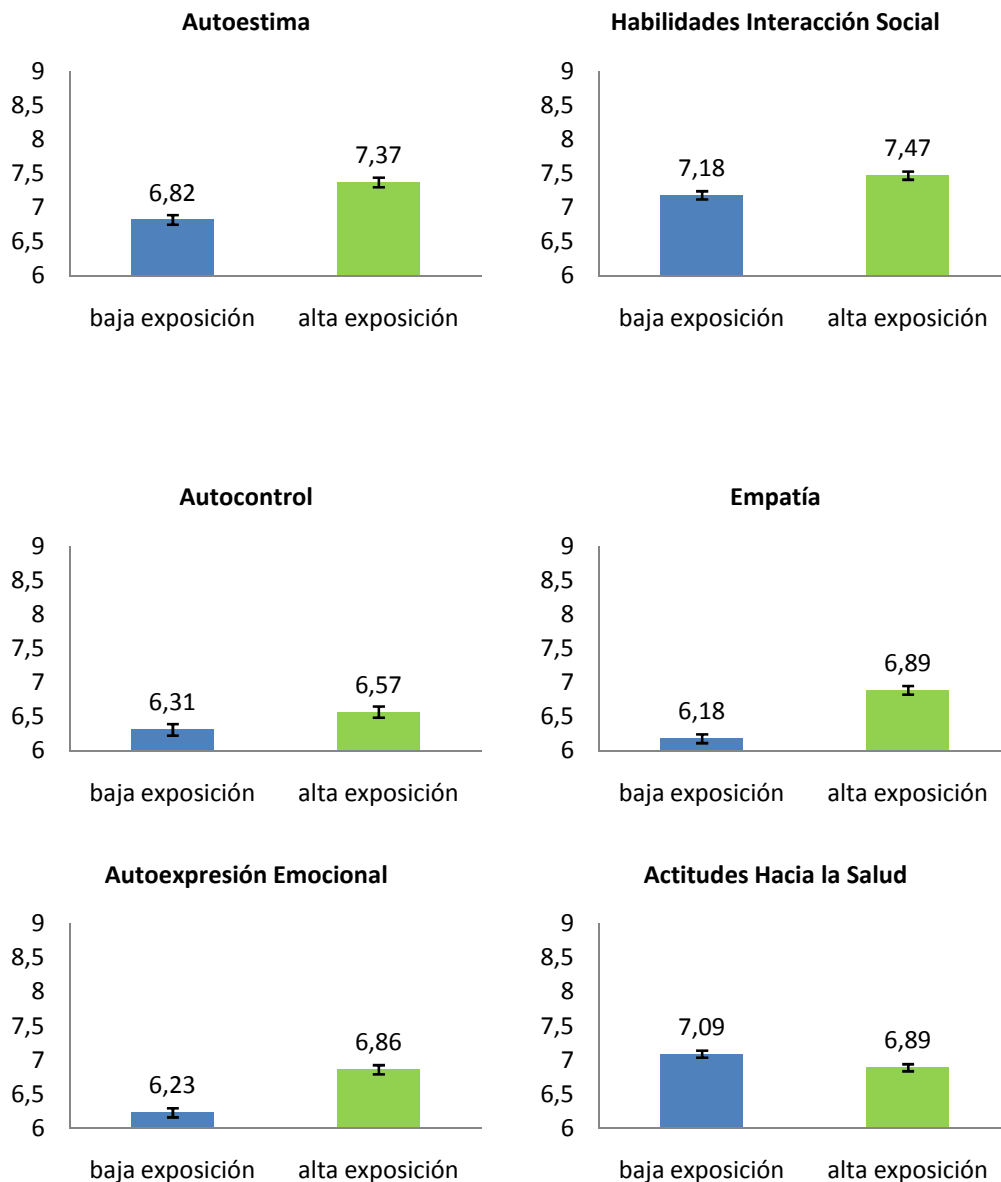


Figura 72
Puntuación media en las escalas en función del grado de exposición en alumnado de 1º, 2º, 3º y 4º de Educación Primaria

Nota. Baja exposición: centros que han aplicado el programa de un año a cuatro. Alta exposición: centros que han aplicado el programa de cinco a nueve años

3º CICLO PRIMARIA: 5º Y 6º DE EDUCACIÓN PRIMARIA

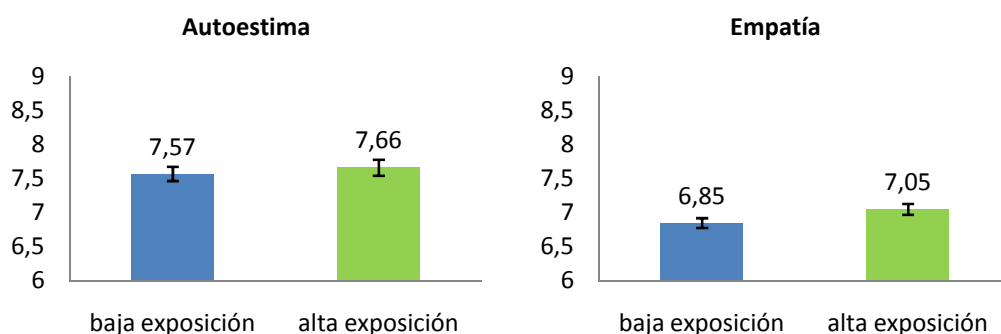
El ANOVA nos confirma que no hay diferencias significativas en la dimensión Autoestima en función del grado de exposición al programa preventivo, $F(1,452) = 0,337$, $p = 0,562$, Empatía $F(1,452) = 3,575$, $p = 0,059$, Habilidades de Interacción Social $F(1,452) = 0,003$, $p = 0,959$, y en Autocontrol $F(1,452) = 0,0225$, $p = 0,635$, en Actitudes Hacia la Salud si existen diferencia entre los grupos $F(1,452) = 4,507$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,010$ siendo mayores las puntuaciones en el grupo de alta exposición. (Tabla 76).

En la Figura 73 se muestra la puntuación media en las escalas en función del grado de exposición.

Tabla 76

Pruebas de los efectos inter-grupos escalas alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria en función del grado de exposición al programa de prevención

Escalas	F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
Autoestima	0,337	0,562	0,001
Empatía	3,575	0,059	0,008
Habilidades Interacción Social	0,003	0,959	0,000
Autocontrol	0,225	0,635	0,000
Actitudes Hacia la Salud	4,507*	0,034	0,010



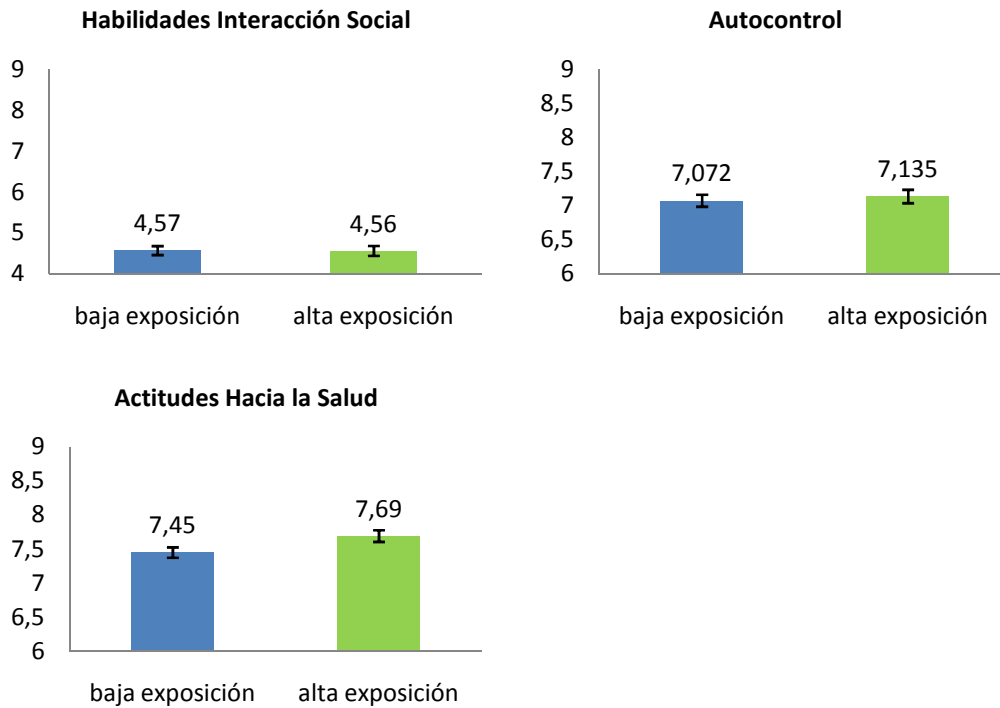


Figura 73

Puntuación media en las escalas en función del grado de exposición en alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria

Nota. Baja exposición: centros que han aplicado el programa de un año a cuatro. Alta exposición: centros que han aplicado el programa de cinco a nueve años.

1º, 2º, 3º Y 4º ESO

El ANOVA nos confirma que no hay diferencias significativas en la dimensión Autoestima en función del grado de exposición al programa preventivo, $F(1,1414) = 0,000$, $p = 0.988$ Habilidades de Interacción Social $F(1,1414) = 0,077$, $p = 0.781$, Habilidades de Toma de Decisiones $F(1, 1414) = 0,048$, $p = 0.827$, en Actitudes Hacia las Drogas si existen diferencia entre los grupos $F(1, 1414) = 30,94$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0,021$ siendo mayores las puntuaciones en el grupo de alta exposición. (Tabla 77).

En la Figura 73 se muestra la puntuación media en las escalas en función del grado de exposición.

Tabla 77

Pruebas de los efectos inter-grupos escalas en alumnado de ESO en función del grado de exposición al programa de prevención

Escalas	F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
---------	---	---------	--------------------------------------

Autoestima	0,000	0,988	0,000
Habilidades Interacción Social	0,077	0,781	0,000
Habilidades Toma Decisiones	0,048	0,827	0,000
Actitudes Hacia las Drogas	30,940***	0,000	0,021

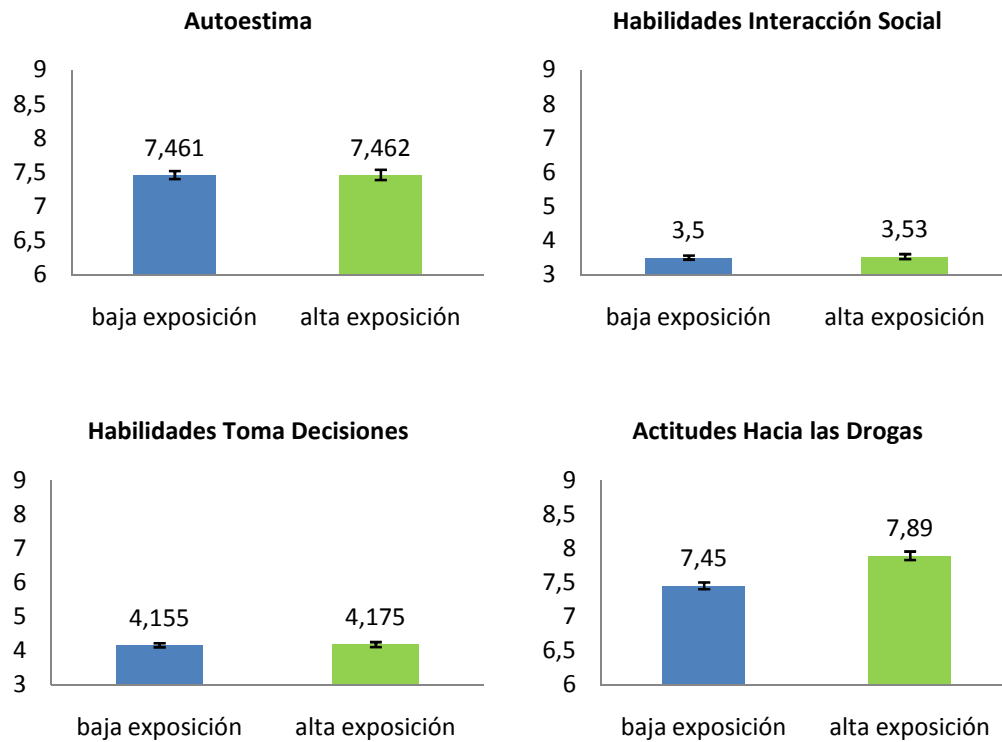


Figura 74

Puntuación media en las escalas en función del grado de exposición en alumnado de ESO

Nota. . *Baja exposición:* centros que han aplicado el programa de un año a cuatro. *Alta exposición:* centros que han aplicado el programa de cinco a nueve años.

En resumen en Educación Infantil se cumple la hipótesis para los factores Autoestima, Habilidades de Interacción Social y Autocontrol obteniendo mejores puntuaciones aquellos que se encuentran dentro del grupo de alta exposición al programa preventivo objeto de esta evaluación, es decir, aquellos que se encuentran en centros donde la aplicación del programa se ha desarrollado como mínimo cinco años y como máximo nueve años. Sin embargo en Actitudes Hacia la Salud no hay diferencias significativas.

En el 1º y 2º ciclo de Educación Primaria, de nuevo en Autoestima, Autocontrol, Habilidades de Interacción Social junto con Empatía y Autoexpresión Emocional obtienen las más altas puntuaciones en el grupo de alta exposición. Mientras que en Actitudes hacia la Salud las menores puntuaciones son en el grupo de baja exposición.

En el tercer ciclo de Educación Primaria desaparecen las diferencias entre los grupos de alta y baja exposición en los factores Autoestima, Empatía, Habilidades de Interacción Social y Autocontrol, mientras que en las Actitudes Hacia la Salud son en el grupo de alta exposición donde aparecen las puntuaciones más altas.

Por último en ESO tampoco aparecen diferencias en las puntuaciones de Autoestima, Habilidades de Interacción Social y Habilidades de Toma de Decisiones mientras que en la escala Actitudes Hacia las Drogas si hay diferencias significativas a favor del grupo de alta exposición que obtiene una puntuación media superior al grupo de baja exposición. Es decir, aquellos que participan en el programa de prevención en centros donde ese mismo programa ha sido aplicado como mínimo cinco años y como máximo nueve años puntúan más alto en Actitudes Desfavorables Hacia las Drogas. Este último hallazgo sería un logro que toda prevención busca que es conseguir resultados a largo plazo en el cambio de las Actitudes Hacia las Drogas. Nos motiva para realizar futuras evaluaciones que puedan aportar más evidencia científica. No obstante, debido a las restricciones metodológicas de evaluación que hemos tenido (ver limitaciones de la investigación en el apartado correspondiente) hace que dichos resultados sean interpretados con precaución, aunque estimulan a seguir trabajando en esta línea.

10.5.- HIPÓTESIS 5: El alumnado de ESO que participa en sesiones de refuerzo puntúa más alto en las escalas evaluadas

El programa valorado ofrece la posibilidad a los estudiantes de ESO de poder realizar unas sesiones adicionales en forma de talleres interactivos para reforzar lo trabajado en prevención durante el curso (Anexo 3). Se realizan a través de monitores externos al centro y constan de cuatro sesiones donde se trabaja diferentes factores de protección: información sobre drogas, habilidades de oposición, habilidades de toma de decisiones y empleo del ocio y tiempo libre.

El análisis estadístico ha sido a través de la comparación de medias (ANOVA) entre el alumnado que participa en los talleres y el alumnado que no participa de los mismos. En la Tabla 135 se reflejan los estadísticos descriptivos en función del curso.

Los resultados obtenidos nos dicen que en la escala Habilidades de Interacción Social aparecen diferencias significativas entre el alumnado que realiza los talleres de refuerzo y los que no $F(1,380) = 10,853$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.028$. Siendo menores las puntuaciones en dicha escala en aquellos que si realizan las sesiones de refuerzo. (3,06 vs 3,81 escala que se corrige de forma inversa, es decir, a menos puntuación mejores Habilidades de Interacción Social). En el resto de las escalas no aparecen diferencias entre los que realizan los talleres y los que no participan de los mismos. (Figura 75).

Cuando comparamos al alumnado en función del curso aparecen diferencias en Habilidades de Interacción Social $F(1,380) = 8,568$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.013$ (3,11 vs 3,35) siendo menores en 3º de ESO lo que quiere decir que tienen mejores puntuaciones en dicha escala. También aparecen diferencias en Actitudes Hacia las Drogas $F(1,380) = 8,568$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.022$. Siendo la puntuación significativamente mayor en el alumnado de 3º de ESO frente a 4º de ESO (7,39 vs 6,63). Es decir, el alumnado de 3º de ESO tiene puntuaciones que reflejan una actitud más desfavorable hacia las drogas que el alumnado de 4º de ESO. (Tabla 136). En la Figura 76 vemos la Puntuación media en las escalas en función de la realización de talleres y del curso 3º o 4º de ESO.

En cuanto a la interacción entre el curso y los talleres en Habilidades de Interacción Social aparecen diferencias a favor de 4º de ESO $F(1,380) = 3,923$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.010$. Siendo las puntuaciones mejores entre los que realizan talleres frente a los que no (3,09 vs 4,30) que en los que realizan talleres o no en 3º de la eso (3,04 vs 3,34). (Tabla 136).

En Habilidades de Toma de Decisiones, sin embargo, los talleres funcionan en la dirección deseada en 3º de ESO $F(1,380) = 6,218$, $p < 0.05$, $\eta^2 = 0.016$ (4,33 vs 4,08) Mientras que en 4º de la eso las puntuaciones son mayores en el alumnado que no realiza los talleres (3,96 vs 4,82) (Tabla 78).

Tabla 78

Estadísticos descriptivos en las escalas evaluadas en 3º y 4º de la ESO según la participación o no participación del alumnado en talleres con sesiones de refuerzo.

	Sesiones refuerzo a través de talleres	curso	Media	Desviación típica	N
AUTOESTIMA	SI	3º eso	7,30	2,22	137
		4º eso	7,48	1,80	154
		Total	7,39	2,01	291
	NO	3º eso	7,32	2,07	46
		4º eso	7,27	1,80	44
		Total	7,29	1,94	90
	Total	3º eso	7,31	2,18	183
		4º eso	7,43	1,80	198
		Total	7,37	1,99	381
HABILIDADES INTERACCIÓN SOCIAL	SI	3º eso	3,04	1,99	137
		4º eso	3,09	1,83	154
		Total	3,06	1,91	291
	NO	3º eso	3,34	1,61	46
		4º eso	4,30	2,11	44
		Total	3,81	1,93	90
	Total	3º eso	3,11	1,90	183
		4º eso	3,35	1,96	198
		Total	3,24	1,93	381
HABILIDADES TOMA DECISIONES	SI	3º eso	4,33	1,90	137
		4º eso	3,96	1,80	154
		Total	4,14	1,86	291
	NO	3º eso	4,08	1,97	46
		4º eso	4,82	1,66	44
		Total	4,44	1,85	90
	Total	3º eso	4,27	1,91	183
		4º eso	4,15	1,80	198
		Total	4,21	1,86	381
ACTITUDES HACIA LAS DROGAS	SI	3º eso	7,31	1,66	137
		4º eso	6,67	1,79	154

		Total	6,97	1,76	291
NO		3º eso	7,64	1,70	46
		4º eso	7,09	1,17	44
		Total	7,37	1,48	90
Total		3º eso	7,39	1,67	183
		4º eso	6,76	1,68	198
		Total	7,06	1,70	381

|

Tabla 79

Pruebas de los efectos de la realización de talleres de prevención en función del curso (3º o 4º de la ESO)

		F	Valor p	^a Eta al cuadrado parcial
Talleres	Autoestima	0,158	0,691	0,000
	Habilidades Interacción social	10,853***	0,001	0,028
	Habilidades Toma decisiones	1,842	0,176	0,005
	Actitudes Hacia las Drogas	3,482	0,063	0,009
Curso	Autoestima	0,064	0,800	0,000
	Habilidades Interacción social	4,792*	0,029	0,013
	Habilidades Toma decisiones	0,682	0,409	0,002
	Actitudes Hacia las Drogas	8,568**	0,004	0,022
Talleres*curso	Autoestima	0,223	0,637	0,001
	Habilidades Interacción social	3,923*	0,048	0,010
	Habilidades Toma decisiones	6,218*	0,013	0,016
	Actitudes Hacia las Drogas	0,065	0,799	0,000

Puntuación media en las escalas en función de la realización de talleres en 3º y 4º ESO

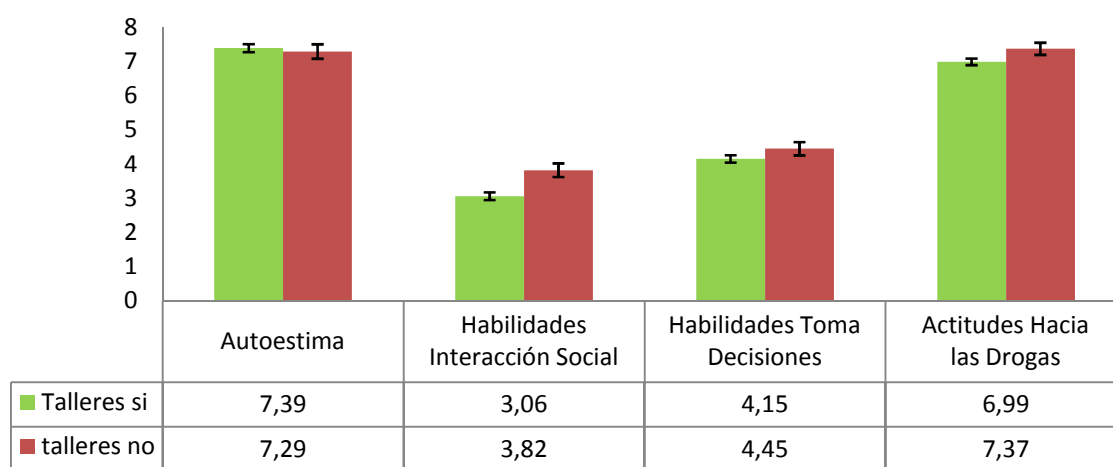


Figura 75

Puntuación media en las escalas en función de la realización de talleres en el 2º ciclo de ESO.

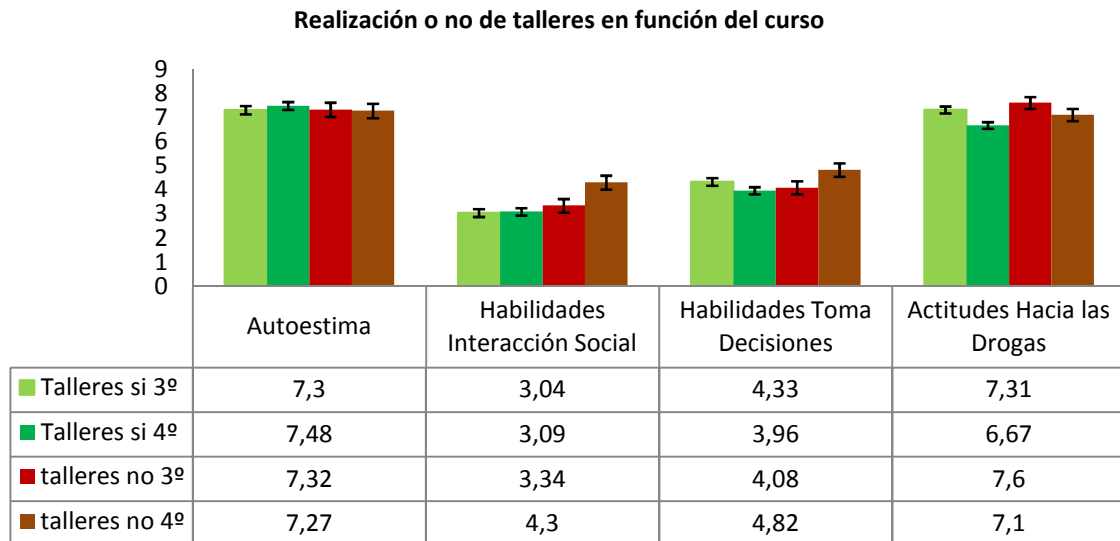


Figura 76

Puntuación media en las escalas en función de la realización de talleres y del curso 3º o 4º de ESO.

Resumiendo, el alumnado que realiza los talleres, únicamente en la dimensión Habilidades de Interacción Social, obtienen mejor puntuación en contraposición a los que no realizan los talleres. En función del curso parece que es en 3º de la ESO donde aparecen diferencias en la dirección buscada en Habilidades de Interacción Social y Habilidades de Toma de decisiones. En Actitudes Hacia las Drogas entre los que realizan los talleres las puntuaciones son mayores en 3º de la ESO frente a 4º de la ESO, lo que significa que puntúan más alto en actitudes desfavorables hacia las drogas.

En las tablas siguientes mostramos de forma integrada los resultados resumidos de nuestra investigación. En la Tabla 80 vemos el efecto del sexo en las variables de prevención del programa PPV. En la Tabla 81 se refleja el efecto del curso en las variables de prevención del programa PPV. En la Tabla 82 mostramos el efecto del programa PPV en los factores de riesgo/protección (comparación pre y post intervención). En la Tabla 83 mostramos los efectos de la exposición al PPV y por último en la Tabla 84 reflejamos Efecto de la exposición a talleres de refuerzo.

Tabla 80

Efecto del sexo en las variables de prevención del programa PPV

	3º Educación Infantil					1º y 2º Ciclo Educación Primaria					3º Ciclo Educación Primaria					ESO				
	<i>F</i>	<i>P</i>	η^2	<i>V</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	η^2	<i>V</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	η^2	<i>V</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	η^2	<i>V</i>	<i>M</i>
Autoestima	9,698**	0,002	0,038	--	↑	8,646**	0,003	0,010	--	↑	2,985	0,085	0,006	--	--	51,539***	0,000	0,028	↑	--
Habilidades de Interacción Social	8,720**	0,003	0,034	--	↑	24,537***	0,000	0,028	--	↑	15,913***	0,000	0,030	↑	--	0,355	0,552	0,000	--	--
Autocontrol	26,067***	0,000	0,095	--	↑	68,633***	0,000	0,076	--	↑	19,209***	0,000	0,036	--	↑					
Actitudes Hacia la Salud	3,155	0,077	0,013	--	--	6,496*	0,011	0,008	--	↑	4,554*	0,033	0,009	--	↑					
Empatía						23,436***	0,000	0,027	--	↑	31,672***	0,000	0,058	--	↑					
Autoexpresión Emocional						13,261***	0,000	,016	--	↑										
Habilidades de Toma de Decisiones																0,759	0,384	0,000	--	--
Actitudes hacia las drogas																1,317	0,251	0,001	--	--

Nota. V: varón; M: mujer; *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; ↑: Mayor. ^aComo estadístico de medida del tamaño del efecto se utilizó el η_p^2 corregido considerando un tamaño del efecto pequeño entre 0.01 y 0.03, moderado entre 0.04 y 0.10 y amplio por encima de 0.10 (Huberty, 2002).

Tabla 81

Efecto del curso en las variables de prevención del programa PPV

	1º y 2º Ciclo Primaria							3º ciclo Primaria							ES				
	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>η</i> ETA ²	1º	2º	3º	4º	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>η</i> ETA ²	5º	6º	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>η</i> ETA ²	1º	2º	3º	4º
Autoestima	3,805**	0,010	0,013	--	↑	--	--	1,888	0,170	0,004	--	--	2,439	0,063	0,004	--	--	--	--
Habilidades de Interacción Social	2,336	0,072	0,008	--	--	--	--	18,989***	0,000	0,035	--	↑	7,307***	0,000	0,012	--	--	--	↑
Autocontrol	1,452	0,226	0,005	--	--	--	--	2,473	0,116	0,005	--	--							
Actitudes Hacia la Salud	6,216***	0,000	0,022	--	↑	--	--	0,049	0,826	0,000	--	--							
Empatía	12,548***	0,000	0,043	--	--	↑	--	0,707	0,401	0,001	--	--							
Autoexpresión Emocional	3,861**	0,009	0,014	--	--	↑	--	--											
Habilidades de Toma de Decisiones													3,299*	0,020	0,005	--	↑	--	--
Actitudes hacia las drogas													43,673***	0,000	0,067	↑	--	--	--

Nota. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; ↑: Mayor. ^a Como estadístico de medida del tamaño del efecto se utilizó el η_p^2 corregido considerando un tamaño del efecto pequeño entre 0.01 y 0.03, moderado entre 0.04 y 0.10 y amplio por encima de 0.10 (Huberty, 2002).

Tabla 82

Efecto del programa PPV en los factores de riesgo/protección (comparación pre y post intervención)

	3º Educación Infantil					1º y 2º Ciclo Educación Primaria					3º Ciclo Educación Primaria					ESO				
	F	P	^a ETA ²	Pre	Post	F	P	^a ETA ²	Pre	Post	F	P	^a ETA ²	Pre	Post	F	P	^a ETA ²	Pre	Post
Autoestima	7,766**	0,006	0,035	--	↑	25,91***	0,000	0,034	--	↑	1,381	0,241	0,003	--	--	3,231	0,072	0,002	--	--
Habilidades de Interacción Social	5,063**	0,025	0,023	--	↑	12,62***	0,000	0,017	--	↑	8,4**	0,004	0,018	--	↑	42,5***	0,000	0,029	--	↑
Autocontrol	1,304	0,255	0,006	--	--	0,672	0,413	0,001	--	--	0,016	0,898	0,000	--	--					
Actitudes Hacia la Salud	0,887	0,347	0,004	--	--	19,43***	0,000	0,026	--	↑	0,037	0,847	0,000	--	--					
Empatía						38,70***	0,000	0,050	--	↑	0,031	0,861	0,000	--	--					
Autoexpresión Emocional						35,30***	0,000	0,046	--	↑										
Habilidades de Toma de Decisiones																0,010	0,919	0,000	--	--
Actitudes hacia las drogas																18,873***	0,000	0,013	↑	--

Nota. *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; ↑: Mayor. ^a Como estadístico de medida del tamaño del efecto se utilizó el η_p^2 corregido considerando un tamaño del efecto pequeño entre 0.01 y 0.03, moderado entre 0.04 y 0.10 y amplio por encima de 0.10 (Huberty, 2002).

Tabla 83

Efecto del nivel de exposición al PPV en los factores de riesgo/protección

	3º Educación Infantil					1º y 2º Ciclo Educación Primaria					3º Ciclo Educación Primaria					ESO				
	F	P	^a ETA ²	baja	Alta	F	P	^a ETA ²	baja	Alta	F	P	^a ETA ²	baja	Alta	F	P	^a ETA ²	baja	Alta
Autoestima	25,20***	0,000	0,105	--	↑	29,713***	0,000	0,039	--	↑	0,337	0,562	0,001	--	--	0,000	0,988	0,000	--	--
Habilidades de Interacción Social	35,41***	0,000	0,142	--	↑	11,756**	0,001	0,016	--	↑	0,003	0,959	0,000	--	--	0,077	0,781	0,000	--	--
Autocontrol	5,069*	0,025	0,023	--	↑	5,117*	0,024	0,007	--	↑	0,225	0,635	0,000	--	--					
Actitudes Hacia la Salud	3,766	0,054	0,017	--	--	7,641**	0,006	0,010	↑	--	4,507*	0,034	0,010	--	↑					
Empatía						60,449***	0,000	0,076	--	↑	3,575	0,059	0,008	--	--					
Autoexpresión Emocional						44,362***	0,000	0,057	--	↑										
Habilidades de Toma de Decisiones																0,048	0,827	0,000	--	--
Actitudes hacia las drogas																30,940***	0,000	0,021	--	↑

Nota. *** p ≤ .001, **p ≤ .01; *p ≤ .05; ↑: Mayor. ^aComo estadístico de medida del tamaño del efecto se utilizó el η_p^2 corregido considerando un tamaño del efecto pequeño entre 0.01 y 0.03, moderado entre 0.04 y 0.10 y amplio por encima de 0.10 (Huberty, 2002). Baja: exposición en el centro educativo al PPV de 1 a 4 años. Alta: exposición en el centro educativo al PPV de 5 a 9 años

Tabla 84

Efecto de la exposición a talleres de refuerzo

Talleres refuerzo					Curso					Talleres*curso							
	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>a</i> ETA ²	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>a</i> ETA ²	<i>3º ESO</i>	<i>4º ESO</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>a</i> ETA ²	<i>Si</i>	<i>No</i>		
														3º	4º	3º	4º
Autoestima	0,158	0,691	0,000	--	--	0,064	0,800	0,000	--	--	0,223	0,637	0,001	--	--	--	--
Habilidades de Interacción Social	10,853***	0,001	0,028	↑	--	4,792*	0,029	0,013	↑	--	3,923*	0,048	0,010	↑	↑	--	--
Habilidades de Toma de Decisiones	1,842	0,176	0,005	--	--	,682	0,409	0,002	--	--	6,218*	0,013	0,016	↑	--	--	↑
Actitudes hacia las drogas	3,482	0,063	0,009	--	--	8,568**	0,004	0,022	↑	--	0,065	0,799	0,000	--	--	--	--

Nota. *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; ↑: Mayor. ^a Como estadístico de medida del tamaño del efecto se utilizó el η_p^2 corregido considerando un tamaño del efecto pequeño entre 0.01 y 0.03, moderado entre 0.04 y 0.10 y amplio por encima de 0.10 (Huberty, 2002). Si: exposición a los talleres de refuerzo. No: no exposición a los talleres de refuerzo.

Como resumen de los resultados podemos decir:

HIPÓTESIS 1 Existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por el alumnado en los diferentes factores de riesgo/protección evaluados en función del sexo siendo las chicas las que presentan mayores puntuaciones en los factores de protección

Los resultados obtenidos confirman, en parte, la hipótesis 1 de esta tesis respecto del sexo, donde se plantea que hay diferencias significativas en función del mismo. En 3º de Educación Infantil y en los dos primeros ciclos de Educación Primaria las niñas tienen mayores puntuaciones en los factores de protección. En el tercer ciclo de Educación Primaria desaparecen las diferencias en Autoestima y los chicos puntúan más alto en Habilidades de Interacción Social. Finalmente en la ESO desaparecen las diferencias y solo en Autoestima son mayores las puntuaciones en los chicos.

HIPÓTESIS 2 Existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por el alumnado en los diferentes factores de riesgo/protección en función del curso siendo mejores las puntuaciones en las primeras etapas educativas

Los resultados obtenidos confirman en parte la hipótesis 2.

En 2º de Primaria el alumnado puntúa significativamente más que en 1º, 3º y 4º de primaria en Autoestima y en Actitudes Hacia la Salud. Mientras que en 3º de Primaria puntúa más en Empatía y Autoexpresión Emocional. En el resto de factores no aparecen diferencias por curso.

En el 3º ciclo de Primaria sólo en Habilidades de Interacción Social aparecen diferencias significativas a favor de 6º de Primaria. Teniendo mejores puntuaciones en este factor con respecto al alumnado de 5º de Primaria. En el resto de factores no aparecen diferencias por curso.

En ESO las puntuaciones en Habilidades de Interacción Social son mayores en 4º ESO, las puntuaciones en Habilidades de Toma de Decisiones en 2º ESO y las puntuaciones en Actitudes desfavorables Hacia las Drogas en 1º ESO. En el resto de factores no aparecen diferencias por curso.

HIPÓTESIS 3 La intervención provocará cambios en los factores de riesgo/protección evaluados:

3.1 Aumentará significativamente la puntuación en Autoestima después de la intervención.

3.2 Aumentará significativamente la puntuación en Habilidades de Interacción Social después de la intervención en el alumnado de Educación Infantil y primer ciclo de Educación Primaria mientras que disminuirá de forma significativa la puntuación en el alumnado de segundo ciclo de Educación Primaria y ESO.

3.3 Aumentará significativamente la puntuación en Autocontrol después de la intervención en el alumnado de Educación Infantil y de Educación Primaria.

3.4 Aumentará significativamente la puntuación en Actitudes hacia la Salud después de la intervención en el alumnado de Educación Infantil y Educación Primaria.

3.5 Aumentará significativamente la puntuación en Empatía después de la intervención en el alumnado de Educación Primaria.

3.6 Aumentará significativamente la puntuación en Autoexpresión Emocional después de la intervención en el alumnado de primer ciclo de Educación Primaria.

3.7 Aumentará significativamente las puntuaciones en Habilidades de Toma de Decisiones después de la intervención preventiva en el alumnado de ESO.

3.8 Aumentará significativamente la puntuación en Actitudes desfavorables Hacia las Drogas después de la intervención preventiva en el alumnado de ESO.

La hipótesis 3.1 se cumple en parte. En 3º de Educación Infantil y en 1º y 2º ciclo de Educación Primaria aumenta la puntuación después de la intervención preventiva en Autoestima.

La hipótesis 3.2 se cumple en todas las etapas educativas. Después de la intervención preventiva las puntuaciones en Habilidades de Interacción Social son mayores en Educación Infantil y 1º y 2º Ciclo de Primaria mientras que disminuyen en el 3º Ciclo de Primaria y ESO.

La hipótesis 3.3 no se cumple. En Autocontrol no aparecen diferencias significativas después de la intervención.

La hipótesis 3.4, 3.5, y 3.6 sólo se cumple en el 1º y 2º ciclo de Educación Primaria siendo mayores las puntuaciones después de la intervención preventiva en Actitudes Hacia la Salud, Empatía y Autoexpresión Emocional.

La hipótesis 3.7 no se cumple. No aparecen diferencias en las puntuaciones en Habilidades de Toma de Decisiones después de la Intervención.

La hipótesis 3.8 no se cumple. No se puntúa más alto en Actitudes Desfavorables Hacia las Drogas después de la intervención preventiva.

Los datos obtenidos hay que interpretarlos con discreción y cautela teniendo en cuenta las dificultades que rodean la evaluación de la prevención y las limitaciones del diseño y análisis empleados, no obstante podemos concluir que el PPV parece efectivo en la modificación de los factores en función de la etapa educativa en la dirección esperada. La Autoestima se ve modificada en Educación Infantil y 1º y 2º Ciclo de Primaria. Las Actitudes Hacia la Salud, Empatía y Autoexpresión Emocional en 1º y 2º Ciclo de Primaria. Mientras que las Habilidades de Interacción Social lo hacen en todas las etapas educativas.

Hipótesis 4: El alumnado perteneciente a centros donde hay una alta exposición al programa de prevención objeto de evaluación de esta tesis obtendrá unas puntuaciones mayores en los factores de protección.

La hipótesis 4 se cumple en parte. En Educación Infantil y 1º Ciclo de Educación Primaria el alumnado valorado como perteneciente al grupo de alta exposición obtiene mejores puntuaciones en los diferentes factores de riesgo/protección. En el 3º Ciclo de Educación Primaria sólo las puntuaciones en Empatía son significativamente mejores en el alumnado altamente expuesto a la prevención. Mientras que en ESO los centros que han aplicado de cinco a nueve años el PPV tienen un alumnado que puntúa más alto en Actitudes desfavorables Hacia las Drogas. Este último dato sugiere que la prevención está siendo efectiva en aquellos centros que han apostado durante más tiempo por el PPV.

Hipótesis 5: El alumnado de ESO que participa en sesiones de refuerzo puntúa más alto en las escalas evaluadas.

Se cumple en parte la hipótesis 5. Las Habilidades de Interacción Social mejoran una vez realizado las sesiones de recuerdo. Si diferenciamos por curso en 3º de la ESO se obtienen mayores puntuaciones en Habilidades de Interacción Social y en Actitudes desfavorables Hacia las Drogas con respecto a 4º ESO.

CAPÍTULO 11: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos reflejan que hay diferencias significativas en función del sexo en la mayoría de los factores. Son las niñas de Educación Infantil y de Educación Primaria las que obtienen mayores puntuaciones en los factores de protección valorados. Mientras que en la ESO las diferencias entre sexos empiezan a desaparecer o se invierten siendo los chicos quienes obtienen mayor puntuación como ocurre, por ejemplo, con la Autoestima.

El factor Autoestima es mayor en las niñas en las etapas de Educación Infantil y 1º y 2º ciclo de Educación Primaria. A partir del 3º ciclo de Educación Primaria y en ESO, como hemos dicho, se invierten los resultados siendo los chicos quienes obtienen una mayor puntuación. La edad, además del sexo, actúa como variable moduladora de las posibles diferencias en autoestima entre chicas y chicos, existiendo evidencias de que las niñas tienen una percepción positiva de sí mismas durante la enseñanza primaria y sin embargo, en torno a los doce años, manifiestan una disminución de la autoconfianza y la aceptación de su imagen física (Orenstein, 1994). Major, Barr, Zubek y Babey (1999) realizaron un meta-análisis sobre más de 200 estudios donde destacó la relación observada entre género y autoestima global. Entre los niños y las niñas de 5 a 10 años, casi no aparecieron diferencias y, en grupos de edad superiores, los chicos puntuaron más alto en autoconcepto.

Si tenemos en cuenta los datos de la ESTUDES (DGPNsD, 2012) son las chicas de entre 14 y 18 años quienes tienen más prevalencia de consumo de sustancias como el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes. En el contexto socio-cultural en las adolescentes se dan situaciones de tensión por no poder superar las dificultades y problemas o la pérdida de confianza en sí mismas. La insatisfacción les induce a buscar la evasión en el uso abusivo de alcohol y tabaco o intentando calmar la ansiedad a través de los tranquilizantes. (Romo, 2006). Es muy posible que el papel que juega la mujer en la sociedad actual pueda influir en la disminución de la autoestima en las chicas. Según la denominada hipótesis de intensificación de género (Hill y Lynch, 1983) el que las chicas observen lo que sucede a su alrededor hace que deduzcan que su papel social es secundario frente al que desempeñan los hombres. La adolescencia temprana sería el periodo en el que se toma conciencia de forma más intensa de los roles tradicionalmente asignados a un sexo u otro. Las chicas sentirían, entonces, las

limitaciones que acompañan a ser mujer en nuestra sociedad androcentrista. Además, también hay que tener en cuenta los cambios físicos propios de la pubertad que podrían incrementar la insatisfacción con el propio cuerpo en las chicas de forma más marcada que en los chicos, entre otras razones, por la fuerte presión ejercida desde los medios de comunicación en torno a modelos estéticos femeninos imposibles de alcanzar (Padilla Carmona, García Gómez y Suarez Ortega, 2010). Chicas y chicos son más semejantes que diferentes, y las diferencias que existen entre ambos sexos son bastante consistentes con los estereotipos sexistas (Crain, 1996).

Por todo lo citado anteriormente sería interesante seguir investigando la autoestima como factor de riesgo desde una perspectiva que tenga en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, culturales y sociales que diferencian a chicos y chicas para poder abordar la prevención de las drogodependencias desde las diferencias de género y de esta forma poder intervenir en función de los datos que actualmente nos dicen las encuestas sobre la mayor prevalencia de consumo de sustancias legales en las chicas adolescentes.

En nuestro estudio son las niñas las que obtienen mejores puntuaciones en la escala Habilidades Interacción Social en Educación Infantil y 1º y 2º ciclo de Educación Primaria. En el 3º ciclo de Educación Primaria son los chicos quienes tendrían mejores Habilidades de Interacción Social mientras que en ESO no aparecen diferencias significativas entre los chicos y las chicas. Las habilidades sociales son probablemente el componente más importante de los programas de influencia social ya que unas buenas habilidades pueden contribuir a que la persona se implique en actividades de no consumo de sustancias e involucrarse en otro tipo de actividades que contengan iguales con bajo riesgo de consumo. Se incorpora en la categoría habilidades sociales, entre otras, habilidades de comunicación, habilidades de resistencia a la presión de los iguales/habilidades de rechazo (Isorna y Saavedra, 2012). Los programas que enfatizan habilidades para la interacción social son particularmente importantes para las chicas ya que estas son más vulnerables al consumo de sustancias. No solo biológicamente, también las motivaciones y el contexto en el que surge el consumo presentan más riesgos en las chicas. Aunque existen estudios como el llevado a cabo por López y Rodríguez-Arias (2010) donde encontraron que las chicas adolescentes (en su estudio

la edad evaluada era entre 12 y 18 años) obtenían mejores puntuaciones en habilidades sociales. Los resultados que obtienen indican que los sujetos mayores de 15 años, tanto chicos como chicas tienen valores más altos en los factores de riesgo mientras que los pequeños tienen valores más altos en todos los factores de protección. Por último señalar que en este estudio se confirma que las habilidades sociales protegen frente al consumo de alcohol.

De nuevo, las niñas obtienen mayores puntuaciones en el factor autocontrol en todas las etapas educativas (Educación Infantil, y Educación Primaria). Multitud de estudios muestran que a niveles más bajos de autocontrol hay mayor probabilidad de consumo de sustancias. (Santacreu y Froján 1992; Lopez-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas, y Godoy, 2003). En nuestra muestra son los chicos los que puntúan menos en autocontrol. A menos autocontrol mayor impulsividad si entendemos ambos conceptos como extremos de un continuo. La impulsividad se relaciona con una probabilidad mayor de realizar conductas de riesgo como es el consumo de sustancias así como con pocas habilidades de toma de decisiones. En nuestro estudio en la ESO evaluamos este factor que incluye la capacidad de autocontrolar. Los resultados nos dicen que no hay diferencias en el factor Habilidades toma de decisiones entre las puntuaciones obtenidas por chicos y chicas y son mayores las puntuaciones en 2º ESO si consideramos las diferencias por curso.

Las niñas obtienen, también, mayores puntuaciones en Empatía en todas las etapas educativas evaluadas. En cuanto al curso es en 3º de Primaria donde se obtienen las mayores puntuaciones en comparación con 1º, 2º y 4º de primaria. En el tercer ciclo de educación primaria no existen diferencias significativas en función del curso. La empatía desde un enfoque multidimensional es la capacidad de dar respuesta a los demás teniendo en cuenta aspectos cognitivos y aspectos emocionales. Acorde con nuestros resultados, si tenemos en cuenta el género, hay estudios que confirman que son las chicas las que puntúan más en empatía emocional frente a los chicos (Garaigordobil y García de Galdeano, 2006; Fernandez-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008). Puede ser debido a las pautas de socialización que han favorecido el desarrollo de habilidades interpersonales más cálidas en las chicas que tienden a mostrarse más empáticas que los hombres porque es lo que se espera de ellas,

mientras que si hablamos de empatía cognitiva estas diferencias entre hombres y mujeres se diluyen. (Hoffman, 1977). Chicos y chicas adolescentes tienen una capacidad cognitiva similar para comprender la situación del otro/a y ponerse en su lugar, pero las chicas están más predispuestas a una respuesta afectiva ante dicha situación (Retuerto, 2004). En Autoexpresión Emocional puntúan más las niñas y es en 3º de Educación primaria donde la puntuación es mayor. En nuestra cultura el rol masculino ha estado asociado con la capacidad de contener emociones y no mostrar su estado de ánimo mientras que a las chicas se les ha permitido expresar las diferentes emociones. Por lo tanto la empatía y la autoexpresión emocional son habilidades influidas por los estereotipos sociales. Sentimientos de ternura o compasión, mostrar ansiedad o enfado se ha visto más adecuado en chicas que en chicos. (Retuerto, 2004). En ambos factores el programa PPV es efectivo ya que la intervención aumenta las puntuaciones significativamente.

Las mejores puntuaciones en Actitudes Hacia la Salud son para las niñas en todas las etapas educativas evaluadas. En 2º de educación primaria puntúan más alto con respecto a 1º, 3º y 4º. En el tercer ciclo de educación primaria no existen diferencias significativas en función del curso. En ESO evaluamos las Actitudes Hacia las Drogas en vez de las Actitudes Hacia la Salud puesto que es en esta etapa cuando comienza la experimentación con los consumos de sustancias pero ambos factores están relacionados. Unas actitudes favorables hacia la salud son incompatibles con unas actitudes favorables hacia las drogas. No existen diferencias entre chicos y chicas en las puntuaciones obtenidas en el factor Actitudes Hacia las Drogas y es en 1º ESO donde las puntuaciones son significativamente mayores con respecto a 2º, 3º y 4º de la ESO. Es decir, en 1º de la ESO el alumnado tiene actitudes más desfavorables hacia las drogas que en el resto.

López y Rodríguez-Arias (2010) estudian los factores de riesgo y protección según el sexo y sus resultados muestran que los chicos se diferencian significativamente de las chicas en que perciben las leyes y las normas de la comunidad como más favorables al consumo, el control familiar es más escaso, la actitud familiar hacia el consumo de drogas y la conducta antisocial es más favorable, las actitudes son más favorables a la conducta antisocial, tienen mayores puntuaciones en poco riesgo percibido, interaccionan más con iguales con conductas antisociales siendo su

pertenencia a banda mayores. También puntúan más en búsqueda de sensaciones. Mientras que las chicas tienen significativamente mayores oportunidades de implicación prosocial en la familia, religiosidad, creencia en el orden moral y habilidades sociales.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos más la revisión de la literatura científica ser chico es un factor de riesgo de tipo biológico para el consumo de sustancias sobre todo si son ilegales (Becoña, 2002). En nuestro estudio vemos como en las primeras etapas educativas las mujeres obtienen mayores puntuaciones en los factores de protección, pero en ESO los chicos y chicas igualan puntuaciones e incluso las chicas puntúan peor siendo más vulnerables al consumo sobre todo de las sustancias legales como el tabaco, el alcohol y los hipnosedantes.(ESTUDES, 2012). El utilizar estrategias preventivas efectivas específicas de género teniendo en cuenta los cambios diferenciales que se producen en los diferentes factores de riesgo/protección en función del sexo y de la edad o etapa educativa es esencial (Steven, Lin y Kristin 2008; García, 2010; Isorna y Saavedra 2012). El cerebro de los adolescentes está en desarrollo y gracias a las neurociencias sabemos que cuando se instaura una adicción se producen cambios bioquímicos y neuronales produciéndose una neuroadaptación funcional afectando a las funciones cognitivas, volitivas y ejecutivas. Atención, memoria, concentración, procesamiento de información y la ejecución de planes se ven comprometidas. (Lorea, Tirapu, Landa y Lopez-Goñi, 2005; Isorna y Saavedra 2012). Siendo más vulnerables tanto a los efectos como a la toxicidad de las diferentes sustancias las chicas. (Cadaveira, 2009; García, 2010).

Aparecen diferencias en las puntuaciones según el curso o etapa educativa. La edad, que tiene que ver con el curso escolar, es el segundo factor de riesgo de tipo biológico para Becoña (2002) en los resultados de nuestra investigación siendo en 2º y 3º de primaria donde se obtienen las mayores puntuaciones en los diferentes factores. En 2º son la Autoestima y las Actitudes Hacia la Salud. En 3º la Empatía y la Autoexpresión Emocional. En el 3º ciclo de primaria es en el 6º curso donde se obtienen mayores puntuaciones en Habilidades de Interacción Social. Por último en la ESO, las puntuaciones en el factor Habilidades de Interacción Social son mayores en 4º y puntúan más alto en Actitudes Hacia las drogas en 1º donde son más desfavorables que en los cursos superiores. Como hemos mencionado anteriormente podemos ver a la Autoestima como un factor multidimensional. La familia influye en la autoestima familiar de modo que el adolescente se relaciona con los diferentes miembros de su familia y percibe la valoración y opinión que tienen de él para elaborar una imagen de sí mismo. Esta imagen, el adolescente que tiene entre 12 y 14 años, la extiende a otros contextos sociales mientras que en los adolescentes de entre 15 y 17 años se reduce al ámbito familiar. Por lo tanto, la calidad de las relaciones familiares no parece incidir en la autoestima social de los adolescentes de más edad conformándose según Cava, Murgui y Musitu (2008) como factor de riesgo para el consumo de sustancias. Aquellos adolescentes de mayor edad con un mejor concepto y valoración de sí mismos en el ámbito de las relaciones sociales, que se consideran competentes socialmente y que hacen amigos fácilmente presentan mayor consumo de sustancias. En contraposición los adolescentes de entre 12 y 17 años cuya autoestima académica es mayor, es decir, que obtienen mejores calificaciones y que se implican más en la escuela, consumen menos alcohol siendo esta dimensión de la autoestima un factor de protección en cualquier etapa educativa (Villareal-González, Musitu, Sánchez-Sosa y Varela, 2010).

Si tenemos en cuenta que a mayor edad más favorables son las actitudes hacia las drogas (Becoña, 2002) los programas de prevención deberían diferenciar la forma de trabajar los diferentes factores de riesgo/protección en función del curso puesto que no es lo mismo intervenir en alumnado que ha consumido o ha tenido relación con alguna sustancia y el que no lo ha hecho. El programa objeto de evaluación de esta tesis realiza esta diferencia según la etapa educativa dando mayor peso, por ejemplo, a

las Actitudes Hacia las Drogas en ESO. Mientras que en infantil y primaria se trabajan las Actitudes Hacia la Salud. (Megías y Méndez, 2007). Hay acuerdo en que el mejor momento para intervenir de forma preventiva es antes de que aparezca el consumo (Gázquez, García, y Espada, 2009). Si tenemos en cuenta las edades de inicio en el consumo de las diferentes sustancias (Tabla 2) vemos que es a partir de los 13 años la edad media en la que el alumnado comienza a consumir tabaco y alcohol siendo entre los 14 y 15 años cuando comienza a probar las otras sustancias. Estas edades corresponden a ESO (ESTUDES, 2012), por lo tanto, las mejores etapas educativas para aplicar programas preventivos universales serían educación infantil y primaria. López y Rodríguez Arias (2010) en un estudio llevado a cabo con 2440 sujetos encontraron que los adolescentes de 15 años o más tienen valores más altos en factores de riesgo que están relacionados con el consumo, como fracaso académico, normas favorables al consumo de drogas, disponibilidad percibida de drogas, actitudes familiares favorables al consumo, historia familiar de conducta antisocial, inicio temprano, consumo de los amigos, riesgo percibido frente al consumo y actitudes favorables al consumo. Mientras que los pequeños tienen valores más altos en todos los factores de protección. Por ello destacamos la importancia de la prevención en Educación Infantil y Primaria donde aún no ha aparecido la conducta de consumo para fomentar y reforzar los factores de protección y eliminar, reducir o modificar los factores de riesgo. No por ello hay que dejar de intervenir en curso posteriores, pero habría que valorar si en estos casos la prevención selectiva en drogodependencias es más efectiva puesto que ya hay una posible conducta de consumo de sustancias. Ambos tipos de prevención, universal y selectiva junto con la prevención indicada, donde ya hay consumos problemáticos de sustancias, deben combinarse de forma equilibrada utilizando los recursos de intervención que cada una aporta en función del alumnado. (Burkhart, 2006; Larrosa y Rodríguez-Arias, 2010; Isorna y Saavedra 2012).

La prevención no solo tiene como objetivo reducir o eliminar el consumo de sustancias. También pretende influir en variables mediadoras que afectan a esta conducta. La percepción normativa, la reacción de los iguales ante el consumo, la aceptación social y la prevalencia real de consumo son algunas de ellas. Así como el compromiso y la intención de no consumir, el incremento de comunicación entre padres e hijos y por supuesto los factores objeto de evaluación de esta tesis. (Gázquez, et al. 2009).

La Autoestima mejora en educación Infantil y en el 1º y 2º Ciclo de primaria mientras que en el resto de las etapas educativas el PPV no produce cambios significativos. El programa pretende promover este factor como protector y como hemos mencionado anteriormente así lo hace en las primeras etapas educativas.

Los programas de prevención en el ámbito educativo que trabajan las habilidades para la vida entre las que se encuentran las habilidades sociales, ayudan al no consumo y son eficaces para disminuir el abuso de sustancias (Faggiano et al. 2008) Estudios como el llevado a cabo por López y Rodríguez-Arias (2010) donde evalúan los factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes destaca el papel de las habilidades sociales frente al consumo de alcohol. La puntuación en Habilidades de Interacción Social mejora en las tres etapas educativas valoradas. Aumentando su puntuación en Educación Infantil y en el 1º y 2º ciclo de Educación Primaria mientras que en el 3º ciclo de Primaria y en ESO disminuye la puntuación significativamente en este caso a menos puntuación mejores Habilidades de Interacción Social. El programa utiliza metodología interactiva a través de actividades de juego de roles, debates y discusiones entre iguales junto con la no interactiva como es la presentación teórica de la información por parte del profesor. La evidencia científica sugiere que la interactividad es más eficaz (Isorna y Saavedra, 2012).

Aumenta la puntuación en Autocontrol en Educación Infantil y en el 1º y 2º ciclo de Educación Primaria. El consumo de sustancias está relacionado con la pérdida de control (Lopez, Martín, de la Fuente y Godoy 2000, Santacreu y Froján, 1992). En las Habilidades de Toma de Decisiones no aparecen cambios después de realizar el PPV.

Tanto el Autocontrol como las Habilidades de Toma de Decisiones forman parte de la capacidad de automanejo que tiene la persona. Con ellas se pretende favorecer la identificación de situaciones problemáticas, generar alternativas de solución y asumir las consecuencias de la decisión tomada. Además de enseñar a inhibir reacciones impulsivas que puedan acarrear consecuencias no deseadas como puede ser el abuso de sustancias (Botvin, 1995).

Como ya hemos mencionado el programa es efectivo en los factores Empatía y Autoexpresión emocional aumentando la puntuación después de realizar el PPV en el alumnado de Primaria.

Por otro lado muchos estudios dicen que los programas de prevención de drogodependencias en el ámbito educativo son mejores para aumentar el conocimiento e información sobre las sustancias que para modificar las actitudes hacia las mismas. (Tobler, 1986; Rundall y Bruvold, 1988; Espada, 2002; Gázquez et al. 2009). En nuestros resultados el factor Actitudes Hacia las Drogas se modifica pero en el sentido no deseado. El tener más información sobre drogas parece que hace que el alumnado tenga actitudes más favorables hacia las mismas a corto plazo. Sin embargo, al valorar este mismo factor en función de los años de exposición, nuestros resultados nos dicen que las actitudes hacia las drogas son más desfavorables en los centros de alta exposición frente a los de baja exposición. El PPV trata de fomentar una mayor curiosidad y apertura a la experiencia o un estilo enfocado en la búsqueda de información. Estos rasgos pueden acercar al alumnado al consumo de sustancias en un primer momento pero es muy probable que al final de la adolescencia le ayude a tener más madurez socio-emocional (Jiménez-Iglesias et al. 2010). En contraposición, los datos obtenidos en el meta-análisis llevado a cabo por Espada, González, Orgilés, Lloret y Guillén-Riquelme (2015) muestran que los programas resultaron eficaces en la modificación de las actitudes hacia las drogas a corto plazo. Estos resultados contradictorios nos alertan sobre la necesidad de seguir realizando evaluaciones rigurosas de las diferentes intervenciones en este factor.

En múltiples estudios que evalúan las actitudes hacia las diferentes sustancias desde un enfoque multidimensional donde se tiene en cuenta las tres dimensiones de

las actitudes: cognición, emociones y conducta se concluye de nuevo que las actuaciones preventivas meramente informativas no funcionan para que se produzca un cambio en las mismas. Es necesario modificar la percepción de riesgo asociado al consumo de drogas, dotar de estrategias de afrontamiento a la presión de grupo y modificar hábitos. (Moral, Jiménez, Rodríguez, Ovejero y Sirvent, 2009; Arnau, Filella, Jariot y Montané, 2011). La relación que existe entre la parte cognitiva de la actitud y la parte conductual de la misma es sumamente compleja por este motivo debemos enfocar el tema desde una perspectiva ecológica donde las variables psicológicas, relacionales y socioculturales interactúan. Nuestros resultados ponen de relieve la importancia de hacer prevención no sólo desde el ámbito educativo. Si la sociedad fomenta la doble moral vinculada al uso de sustancias muchas personas pueden tener una menor percepción del riesgo ante el consumo de las mismas. Esto ocurre con el alcohol. Se envían mensajes positivos de su uso a través de los medios de comunicación, de familiares y de iguales, y muchos adolescentes utilizan las sustancias para lograr su ajuste en la sociedad. La conducta final del adolescente es el resultado de un complejo campo de fuerzas provenientes de lo individual, lo microsocioal y lo macrosocioal. En estos casos el cambio de actitudes trabajado desde el ámbito educativo tiene que verse reforzado por el entorno familiar y social del adolescente (Pons y Buelga, 2011; Villarreal et al. 2010; Moral et al. 2004; Moral et al. 2009).

Aunque la medida que normalmente se usa para ver la intensidad de la prevención es el número de sesiones, la evidencia científica no ha llegado a esclarecer cual es el número óptimo. El PPV es un programa que se plantea en 10 sesiones siendo intensivo y aunque estudios sugieren que programas intensivos son más efectivos no se puede concluir esta afirmación (Gázquez et al. 2009). Hemos valorado la intensidad de la exposición a la prevención en función de los años que cada centro ha solicitado la aplicación del PPV. Partiendo de la información obtenida por las bases de datos facilitadas por la entidad gestora del programa (FAD), los centros de baja exposición son aquellos que han aplicado el PPV de 1 a 4 años y los centros de alta exposición son los que han aplicado el PPV de 5 a 9 años. Para aumentar la efectividad en un posible cambio de comportamiento el programa preventivo tiene que ser sostenido en el tiempo reforzando lo aprendido a través de los años y adaptando el programa a la etapa educativa (WHO, 2002).

Numerosos autores señalan que a largo plazo los efectos de la prevención no se mantienen pero si se realizan sesiones de recuerdo como intervenciones telefónicas, correos electrónicos, dossiers con materiales preventivos o como en el caso de nuestro estudio, las sesiones adicionales en el aula, los mensajes y habilidades adquiridas se ven reforzados (McGrath et al., 2006; Gázquez et al. 2009; Isorna y Saavedra, 2012).

En nuestro estudio son las Habilidades de Interacción Social las que mejoran una vez realizado las sesiones de recuerdo. Si diferenciamos por curso en 3º de ESO se obtienen mayores puntuaciones en Habilidades de Interacción Social y en Actitudes desfavorables hacia las drogas con respecto a 4º ESO en la dirección deseada. El programa PPV utiliza al profesorado para realizar sus actividades en todas las etapas educativas y añade la participación de los profesionales especialistas en el ámbito de las drogodependencias en los centros que soliciten talleres de refuerzo en ESO. El tipo de aplicador del programa preventivo es una variable valorada en múltiples estudios. Si revisamos la literatura científica los resultados obtenidos son contradictorios. No obstante, como ya hemos citado, el último meta-análisis llevado a cabo por Espada et al. (2015) confirma la eficacia preventiva en los programas implementados conjuntamente por profesionales y profesorado. Por todo ello se necesita más investigación en este punto para saber hasta qué punto estas sesiones son efectivas.

El PPV usa los modelos de educación para la salud y del aprendizaje social, utilizando de forma combinada soportes orales, escritos y audiovisuales y es desarrollado conjuntamente por personal profesional y profesorado. Es un programa que se aplica en todas las etapas educativas. El número de sesiones es de 10 y en ESO es especialmente intenso utilizando sesiones de refuerzo, no emplea tácticas moralizantes o de temor y enfatiza un aprendizaje activo. Por tanto debería resultar efectivo (NIDA, 2003; Espada et al. 2015) siempre y cuando la implementación por parte de los responsables se haga de forma correcta. Por otro lado como aspectos a mejorar podríamos mencionar que carece de participación del resto de la comunidad, los iguales no actúan como mediadores, el profesorado no tiene formación específica en todos los casos, las sesiones de refuerzo se limitan a los curso de la ESO que los soliciten, en el diseño del programa no participa la comunidad educativa, en principio no hay refuerzo para el profesorado que implementa el programa. Estos puntos deberían incluirse en el programa ya que añadirían eficacia al mismo (Ramos et al. 2010).

Podemos confirmar que el PPV es en parte efectivo en la modificación de los diferentes factores de riesgo/protección valorados en esta tesis. Estos cambios se producen de forma diferente en función de la etapa educativa. Únicamente es en el factor Habilidades de Interacción Social donde se producen cambios en todas las etapas educativas. Por otro lado es en Educación Primaria donde más factores se ven modificados en la dirección deseada después de la intervención. Hay programas de prevención que se han basado en buenas teorías desarrolladas por buenos investigadores que al ser evaluados mostraron resultados contrarios a los esperados como son la campaña *American National Youth Anti-drug* elaborada en 1997 por la *US National Drug Control Policy* (ONDCP) y el programa *Take Care of Your Life* donde los consumos de sustancias aumentaban por ello la importancia de utilizar programas basados en la evidencia científica consistente. Además tienen que difundirse los resultados de las evaluaciones para que los profesionales elijan los mejores programas de prevención sabiendo cuales son los efectivos. El *Best Practice Portal* del EMCDDA, tiene un papel esencial para lograr este objetivo. (Faggiano, 2010).

Según Espada et al. (2015) en España la eficacia de los programas de prevención es baja siendo el efecto preventivo de este tipo de intervenciones discreto. Esta afirmación hace que tengamos que poner más atención a la evaluación en prevención. Según el NIDA (2003) los programas eficaces son rentables, por consiguiente, la prevención repercute no sólo en el alumnado que participa en los programas sino que también lo hace en el conjunto de la sociedad. Si tenemos en cuenta el factor económico, por cada euro que se gasta en prevención de drogodependencias el resto de la sociedad puede ahorrar de cuatro a cinco euros del coste que implicaría la posible futura orientación psicológica o el tratamiento contra el abuso de sustancias. Trabajar en la prevención tendría que ser el principal objetivo de nuestros políticos y dirigentes.

LIMITACIONES DE NUESTRA INVESTIGACIÓN

La aplicación del programa de prevención no permite controlar totalmente el medio para realizar una idónea evaluación. Existen muchos cambios e influencias durante todo el proceso. Hay problemas metodológicos que limitan la fiabilidad y validez de los resultados siendo por ello resultados discretos. Pasamos a citar dichas limitaciones:

- ✓ No hemos podido contar con un grupo control ya que el desarrollo de esta tesis está sujeto al convenio establecido con la AGAD para evaluar aquellos centros que aplicaban el PPV. En la base de datos de la que partíamos para hacer nuestra selección de la muestra todos los centros educativos realizaban el PPV no pareciendo ético negar la participación en el mismo a los diferentes centros.
- ✓ El objetivo principal de esta tesis ha sido la evaluación de los factores de riesgo y protección y sus cambios después de la intervención como medida de la efectividad de los programas preventivos. En la literatura científica la principal medida usada para ver la efectividad de los programas de prevención de drogodependencias es el consumo de sustancias. Mientras que el cambio en las variables moduladoras como son los factores de riesgo y protección también debe ser objetivo de evaluación, no obstante, somos conscientes de la necesidad de añadir un módulo de medida de consumo que en las actuales

investigaciones llevadas a cabo por el equipo de investigación en prevención se está incluyendo.

- ✓ Desconocemos la formación específica en prevención de drogodependencias que tiene el profesorado que ha aplicado el PPV, así como la manera de implementarlo y saber si la realización cumple con los mínimos previstos en la concepción original del programa, es decir, si hay fidelidad al programa. Estas variables no han podido ser controladas.
- ✓ También desconocemos la cantidad de prevención a la que ha estado expuesto anteriormente el alumnado evaluado a través de otros programas de prevención o si en años anteriores han participado en el PPV y si han estado presentes en todas las sesiones desarrolladas por el centro o han faltado a alguna de ellas.
- ✓ Por último, el trabajo que se realiza con la familia no ha sido evaluado. El programa facilita una guía para padres y madres.

CONCLUSIONES

Del trabajo de investigación llevado a cabo en esta tesis podemos obtener las siguientes conclusiones:

1. El programa de Prevención Universal de las drogodependencias PPV es en parte efectivo entendiendo esta efectividad como cambios en las puntuaciones de los diferentes factores de riesgo/protección valorados a través de los diferentes instrumentos de evaluación creados para este fin.
2. La fiabilidad de las escalas utilizadas en los diferentes instrumentos de valoración de los factores de riesgo/protección es alta.
3. Existen diferencias en función del sexo en los diferentes factores de riesgo y protección siendo las niñas las que mejores puntuaciones obtienen en Educación Infantil y Educación Primaria y desapareciendo las diferencias significativas entre chicos y chicas en la ESO. Estos resultados nos sugieren que hay que trabajar la prevención desde la perspectiva de género.
4. En la escala Habilidades de Interacción Social aparecen diferencias significativas en todas las etapas educativas entre las puntuaciones pre-

intervención y las puntuaciones post-intervención. Obteniéndose mejores puntuaciones después de la participación del alumnado en el programa preventivo.

5. En Educación Infantil y Educación Primaria a mayor intensidad en la prevención se obtienen mejores puntuaciones en los factores de protección.
6. En el alumnado de la ESO con alta exposición a la prevención, las puntuaciones obtenidas en la escala Actitudes Hacia las Drogas son significativamente mayores en el grupo altamente expuesto. Este grupo, por tanto, tiene una actitud negativa en relación con las drogas significativamente mayor que el grupo de baja exposición.
7. La participación en los talleres de refuerzo modifica en la dirección deseada sólo las puntuaciones obtenidas en la escala Habilidades de Interacción Social en el alumnado de la ESO.

Con estas conclusiones se plantean diferentes caminos para seguir investigando en la evaluación de Programas de Prevención Universales de las drogodependencias en el ámbito educativo que exponemos a continuación:

PERSPECTIVAS DE FUTURO

- ✓ Realizar, en la medida de lo posible, evaluaciones con grupo experimental y grupo control para que la fiabilidad y la validez de los resultados sean mayores.
- ✓ Incluir en las evaluaciones módulos para ver el trabajo que hacen los programas de prevención educativa con los padres y madres.
- ✓ Incluir datos de consumo en las futuras investigaciones para ver la eficacia de los programas además de viendo los cambios que producen en los diferentes factores de riesgo o protección.
- ✓ Afianzar los instrumentos de valoración aplicándolos a otras evaluaciones de otros programas de prevención y poder utilizarlos en diferentes contextos.

CAPÍTULO 12: REFERENCIAS

- Agencia Antidroga (2012). *Memoria Año 2011*. Madrid: Madrid Salud. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2013). *Memoria Año 2013*. Madrid: Madrid Salud. Comunidad de Madrid.
- Alfonso, J.P., Huedo-Medina, T.D. y Espada, J.P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de psicología*, 25(2), 330-338.
- Alonso, C., Salvador, T., Suelves, J.M., Jimenez, R., & Martinez, I. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas*. Madrid: Centro de estudios sobre promoción de la salud.
- Amezcu Membrilla, J.A., & Pichardo Martinez, M.C. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de Psicología* 16 (2), 207-214.
- Ammerman, R. T., Ott, P. J., Tarter, R. E., & Blackson, T. C. (1999). Critical issues in prevention of substance abuse. En R. T. Ammerman, P. J. Ott y R. E. Tarter (1999). *Prevention and social impact of drug and alcohol abuse* (pp. 3-20). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: menores y consumos de drogas*. Madrid: ADES.
- Arnau, Sabatés, L., Filella, Guiu, G., Jariot, Garcia, M. & Montané Capdevila, J. (2011). Evaluación de un programa de cambio de actitudes con preconductores para prevenir los accidentes de tráfico provocados por el alcohol en Cataluña. *Adicciones*, 23(3), 257-265.
- Arthur, M., Hawkins, J.D., Pollard, J.A., Catalano, R.F., & Baglioni J.R. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors the communities that care youth survey. *Evaluation review*, 26 (6), 575-601.
- Azjen, I. & Fishbein, M. (1974). *Factors influencing intentions and the intention behavior relation*. New York: Human Relations.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and actions. A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall (trad. Cast.: Barcelona: Martínez- Roca, 1987).
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28, 11-20.
- Becoña, E. & Martín, E. (2009). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. & Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.

- Benítez, J.L., Tomás, A.M., & Justicia, F. (2007) La Liga de Alumnos Amigos: Desarrollo de las habilidades sociales del alumnado para prestar apoyo socioemocional. *Anales de psicología*, 23 (2) 185-192.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21 (1), 7-43
- Bohrn, k., Fabiani, L., Florek, E., Gabrhelik, R., Galanti, R., Kyriakidou, M., Sanchez, S., Terzopoulou, G., Vadrucchi, S., Vassara, M. y Taglianti,V. (2008). Prevención del Abuso de Sustancias entre el alumnado. Guía para implementar con éxito programas basados en el modelo de Influencia Social en centros escolares. Viena: European Drug addiction prevencion.
- Botvin, G. (1999). Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions. En M.D. Glantz y C.R. Hartel (Es.), *Drug abuse. Origins & interventions* (pp. 285-308). Washington, DC: American Psychological Association.
- Botvin, G. & Botvin, E. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3 (3), 333-356.
- Botvin, G.J., Epstein, J.A., Baker, E., Diaz, T., Ifill-Williams, M., Miller, N. & Cardwell, J. (1997). School-based drugabuse prevention with inner-city minority youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6, 5-19.
- Botvin, G. (1999). Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions. En M.D. Glantz y C.R. Hartel (Es.), *Drug abuse. Origins & interventions* (pp. 285-308). Washington, DC: American Psychological Association.
- Botvin, G. J. (2000). Preventing Drug Abuse in Schools: Social and Competence Enhancement Approaches Targeting Individual- Level Etiologic Factor. *Addictive Behaviors*, 25, 887-897.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. En Z. Sloboda y W. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice* (pp. 45-74). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Botvin, G.J., & Griffin, K. W.(2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232.
- Botvin, G.J., & Griffin, K. W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19,(6), 607-615.
- Burkhardt, G. (2001). Una revisión de los programas escolares europeos recogidos por el sistema de información EDDRA. *Idea-Prevención*, 23, 64-74.
- Burkhardt, G. (2006) Prevención selectiva en la unión Europea y Noruega. En: Pantoja, L. (ed) *Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables*. Universidad de Deusto, Bilbao.

- Burkhart, G. (2006). Informe sobre prevención selectiva en la Unión Europea y Noruega. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*. Lisboa.
- Burkhart, G. (2009). Creencias normativas en estrategias preventivas: una espada de doble filo. Efectos de la percepción de normas y normalidad en campañas informativas, programas escolares y medidas ambientales. *Revista Española de Drogodependencias* (34)4, 376-400.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI
- Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21 (1), 9-14.
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, 14 (1), 317-335.
- Calafat, A., Fernández Gómez, C., Juan, M., & Becoña, E. (2007). Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones*, 19, 125-132.
- Calafat, A., & Members of the Pompidou Group Prevention Platform. (2010). *Prevention Interventions in Recreational Settings*. Council of Europe. Recuperado el 8 de Septiembre de 2012 de www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Files/minconf/P-PG-PREV-2010-7-en.pdf
- Calvete, E., & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56.
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Catalano, R.F., & Hawkins, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime. Current theories*. New York: Cambridge University Press.
- Cava, M.J., Murgui, S., & Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 389-395.
- Center for Substance Abuse Prevention (1997). *Selected findings in prevention. A decade of results from the Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)*. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services.
- Center for Substance Abuse Prevention (2001). *Principles of substance abuse prevention*. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services.
- Chatlos, J. C. (1996). Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (eds.). *Vulnerability to drug abuse* 15-51. Washington, DC: American Psychological Association.
- Coggans, N., Cheyne, B., & McKellar, S. (2003). *The Life Skills Training Drug Education Programme: a review of research*. Scottish Executive Effective Interventions Unit, Scottish Executive Drug Misuse Research Programme. Scotland: University of Strathclyde.

- Crain, R. M. (1996). The influence of age, race, and gender on child and adolescent multidimensional self-concept. En B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept. Developmental social and clinical considerations* (pp. 395-420). Nueva York Wiley and Sons.
- Cuijpers, P. (2002) Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.
- CSAP-Center for Substance Abuse Prevention (2001). *Preventing works! A practitioner's guide to achieving outcomes*. Rockville, MD: U.S. Department of Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services, Center for Substance Abuse Prevention.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2015). *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2013/2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 24 de Abril de 2015 de: www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2012). *Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Recuperado 25 de Junio de 2013 de: www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/8_ESTUDES_2012_Informe.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2010). *Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2010*. Madrid: Ministerio de Educación. Recuperado 7 de Mayo de 2012 de: www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf
- Delgado, B., Bautista, R., Inglés, C. J., Espada, J. P., Torregrosa, M. S. & García-Fernández, J. M. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *Salud y Drogas*, 5, 55-66.
- D'Elío, M.A., O'Brien, R.W., Iannotti, R.J., Bush, P.J. & Galper, D.I (1996). Early adolescents' substance use and life stress: Concurrent and prospective relationships. *Substance Use and Misuse*, 31, 873-894.
- D'Zurilla, T. J., Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2003). Self-esteem and social problem-solving as predictors of aggression in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 424-440.
- Diccionario de la lengua española. (Vigésima segunda edición). (2001). Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2009/2010 realizada por la Delegación del Gobierno para el plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad.
- Espada, J.P., Méndez, X., Botvin, G.J., Griffin, K.W., Orgilés, M., & Rosa, A.I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta análisis de los programas en España [Success or failure of prevention of drug abuse in the school context? A meta-analysis of programs in Spain]. *Psicología Conductual*, 3, 581- 602.
- Espada, J.P., Griffin, W.K., Botvin, G.J. & Méndez, X. (2003). Adolescencia: Consumo de Alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23 (84). 9-17.

- Espada, J.P., Kenneth W. Griffin, Gilbert J. Botvin, & Xavier Méndez (2003) Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas, *Papeles del Psicólogo*, enero-abril, año/vol. 23, número 084 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España Madrid, España pp. 9-1
- Espada, J.P., Hernández, O., Orgilés, M., Méndez, X. (2010). Comparación de distintas estrategias para la modificación de la actitud hacia el consumo de drogas en escolares [Comparison of different strategies for modifying attitudes towards drug use in schoolchildren]. *Electronic Journal of research in Educational Psychology*. 8 (3). 1693-2095.
- Espada, J.P., González, M.T., Orgilés, M., Lloret, D., & Guillén-Riquelme, A. (2015) Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*, 27 (1), 5-12.
- Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016. Plan Nacional sobre Drogas. 2009.
- Evans, R. (1976). Smoking in children: Developing a social psychology strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5, 122-126.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010), *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK): A manual for prevention professionals*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado 1 de Marzo de 2012 de: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_105843_EN_Manual4PERK.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *European drug prevention quality standards*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, Recuperado 26 de Abril de 2012 de www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *2011 Annual report on the state of the drugs problem in the Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado el 13 de Mayo de 2012 de www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012). *2012 Annual report on the state of the drugs problem in the Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado el 30 de Octubre de 2013 de www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013). *European Drug Report 2013: Trends and developments* Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado el 12 de Diciembre de 2014 de www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2013
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014). *European Drug Report 2014: Trends and developments* Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado el 20 de Junio de 2015 de www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2014
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015). *European Drug Report 2015: Trends and developments* Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado el 20 de Junio de 2015 de www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2015

- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Zambon A., Borraccino A. & Lemma P. (2005). School-based prevention for illicit drugs use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Recuperado el 20 de Enero de 2011 de onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003020.pub3/abstract
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drug used: a systematic review. *Preventive Medicine*, 46, 385-396.
- Faggiano, F. (2010) Prevención del consumo de sustancias: la absoluta necesidad de una evaluación aleatorizada u observacional. *Adicciones*, 22, 11-14.
- Fantín, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18, 285-292.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. & Márquez, M. (2008) Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24 (2), 284-298.
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1995). Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos. En C. G. Leukefeld, & W. J. Bukoski (Eds.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 83-108). Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- Fletcher, A., Bonell, C. & Hargreaves, J. (2008). School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *Journal of Adolescent Health*, 42, 209–220.
- Foxcroft D., Ireland D., Lowe G. & Breen R. (2008), Primary prevention for alcohol misuse in young people, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD003024. DOI: 10.1002/14651858.CD003024.
- Fundación Pfizer (2011). Informe de resultados del Estudio sociológico: Juventud y tabaquismo. *Adolescencia, tabaco y sociedad. Una cuestión de todos*. Madrid: Fundación Pfizer. Recuperado el 12 de Marzo del 2013 de www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/Estudio_Juventud_Tabaquismo_17_nov.pdf
- Gambrill, E.D., & Mallery, P. (1975) An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Garaigordobil, M. & García de Galdeano, P. (2006). Empatía en niños de 10-12 años. *Psicothema*, 18(2), 180-186.
- García Averasturi, L. (2010) *Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Una revisión actualizada de la materia*. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- Gázquez Pertusa, M., García del Castillo, J.A., & Espada, J.P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Health and Addictions*, 9(2), 185-202.
- George, D., & Mallery, P. (1995). *SPSS/PC+ Step by step. A simple guide and reference*. Belmont: Wadsworth Publishing.
- Glantz, M. D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389-418). Washington, DC: American Psychological Association.

- Glaser, R.R., Van Horn, M.L., Arthur, M.W., Hawkins, J.D., & Catalano, R.F. (2005). Measurement properties of the Communities that Care Youth Survey across demographic groups. *Journal of Quantitative Criminology*, 21, 73-102.
- González, A., Fernández, J. R. & Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana de menores en riesgo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Disponible en www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/MenoresRiesgo.pdf.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J.A. Steinberg y M.M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp.20-26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Haddock G. & Zanna, M. (1999). Cognition, affect and the prediction of social attitude. En S. Stroke y M. Hewston (Eds.), *European Review of Social Psychology*, 10, 75-99. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hawkins, J. D., M. W. Arthur, & R. F. Catalano. (1995). Preventing substance abuse. In Crime and justice: Vol. 19. Building a safer society: Strategic approaches to crime prevention, edited by M. Tonry and D. Farrington, 343-427. Chicago: University of Chicago Press.
- Hill, J. P. & Lynch, M. E. (1983). The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. En J. Brooks-Gunn & A.C. Peterson (Eds.), *Girls at puberty: Biological and psychological perspectives* (pp. 201-228). Nueva York: Plenum Press.
- Hoffman, M.L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 84, 712-722
- Huberty, C. (2002). A History of Effect Size Indices. *Educational and Psychological Measurement*, 62, 227-240
- Isorna Folgar, & M., Saavedra Pino, D. (2012). *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. Madrid: Pirámide.
- Isorna, M. (2013). Contribuciones de la evidencia científica para la mejora de la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar. *Revista española de drogodependencias*, 38 (2), 117-138.
- Jentsch, J. & Taylor, J. R. (1999). Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: Implications for the control of behavior by reward-related stimuli. *Psychopharmacology*, 146, 373-390
- Jessor, R. & Jessor, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development. A longitudinal study of youth. New York: Academic Press.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Developmental review*, 12, 374-390.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American Psychologist*, 48, 117-126.

- Jiménez-Rodrigo, M. L. (2008). Una profecía que se cumple a sí misma: tras los mitos del consumo femenino adolescente de cigarrillos. *Liberaddictus*, 101, 11-16.
- Jiménez, T.I., Musitu G. & Murgui, S. (2008) Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 139-151.
- Jiménez, T.I. (2011). Autoestima de Riesgo y Protección: Una mediación entre el clima familiar y el Consumo de Sustancias en Adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 53-61.
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Oliva, A., Ramos, P. (2010). Una aproximación a la evaluación de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en Educación Secundaria en Andalucía. *Adicciones*, 22(3), 253-265.
- Kandel, D. B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Kaplan, H. B., Johnson, R. J. & Bailey, C. A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128.
- Kaplan, H. B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 262, 345-377.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. & Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.
- Kovkcevi, A.E., Arapaki, A.A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., & Stergar, E. (2007). Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 88 (2-3), 308-312
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- López, S., & Rodríguez-Arias, J.L. (2010) Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- Llorens, Perelló & Palmer (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16 (4), 1-6.
- LOGSE, Ley Orgánica General del Sistema Educativo (1999)
- López-Larrosa, S., Rodríguez-Arias, J.L. (2010). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema* 22 (4) 568-573.
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M.J., & Godoy, J.F.(2003) Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*. 15(2).127-136.
- Lorea conde, I., Tirapu Ustárroz, J., Landa, N. y López-Goñi, J. (2005) Deshabituación de drogas y funcionamiento cerebral: Una visión integradora. *Adicciones*, 17 (2), 121-119.

- Luengo, M.A., Romero, E., Gómez, J.A., Guerra, A., & Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio del Interior y Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado 14 de Abril de 2011 de: www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/preve.pdf
- Luengo, M.A., Gómez-Fraguela, J.A., Garra, A. & Romero, E. (2001). *Construyendo salud: promoción del desarrollo personal y social (Manual del profesor y del alumno)*, Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- Lyvers, M. (2000). Cognition, emotion, and the alcohol-aggression relationship: Comment on Giancola. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 607-608.
- Major, B., Barr, L., Zubek, J., & Babey (1999). Gender and self-esteem: a meta-analysis. En W. B. Swann JR, J. H. Langlois & L. A. Gilbert (Eds.), *Sexism and stereotypes in modern society: The gender science of Janet Taylor Spence* (pp. 223-255). Washington DC: American Psychological Association.
- Martín, E. (1995): De los objetivos de la prevención a la “prevención por objetivos”, en E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Martínez Arias, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los test psicológicos*. Madrid: Síntesis.
- Martínez, J.M., & Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13 (2), 222-228.
- Martínez Higuera, I.M. (2001). *Guía de Aplicación y Evaluación Continua y Sistemática del Programa En la Huerta con mis Amigos (EHA)*. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga. No publicado.
- Martínez Higuera, I.M. (2012). *Efectos de la exposición y calidad de la prevención escolar en el consumo de drogas y factores de riesgo de estudiantes de secundaria*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Mestre, V., Frías, M.D., & Samper, P. La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.
- Megías, E. & Méndez, S. (2007) *Prevenir para Vivir. Guía didáctica*. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.
- McGrath Y., Sumnall H., McVeigh J. & Bellis M. (2006), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. National Institute for Health and Clinical Excellence, January 2006. ISBN: 1-84629-147-X. Recuperado el 25 de junio del 2010 de www.emcdda.europa.eu/best-practice/prevention/school-children.
- Moeller, F. G. & Dougherty, D. M. (2002). Impulsivity and substance abuse: What is the connection? *Addictive Disorders and Their Treatment*, 1, 3-10.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- Moral Jiménez, M.V, Sirvent Ruiz, C., Ovejero Bernal, A. & Rodríguez Díaz, F. J. (2004). Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas. (2004). *Trastornos Adictivos*, 6(4), 248-261.
- Moral Jiménez, M.V. & Ovejero Bernal, A. (2005). Modificación de las actitudes, los hábitos y frecuencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes españoles a partir de un programa educativo-preventivo. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 100-118.
- Moral Jiménez, M.V, Rodríguez Díaz, F. J. & Sirvent Ruiz, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
- Moral Jiménez, M.V., Rodríguez Díaz, F.J., Ovejero Bernal, A. & Sirvent Ruiz, C. (2009) Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial. *Adicciones*, 21(3), 207-220.
- Moral Jiménez, M.V., Ovejero Bernal, A., Castro, A., Rodríguez Díaz, F.J., & Sirvent, Ruiz, C. (2011). Modificación de actitudes hacia el consumo de sustancias en adolescentes: seguimiento de las diferencias inter-género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 11(2), 291-311.
- Morales-Manrique, C.C, Tomás-Dols, S., Herzog, B., Vidal-Infer, A, Zarza-González, M., Aleixandre-Benavent, R. (2011) Prevalencia del consumo de sustancias en progenitores y su relación con el consumo actual de sustancias legales e ilegales en adolescentes. Un estudio exploratorio con jóvenes escolarizados en la Comunidad Valenciana, España. *Trastornos Adictivos* 13(2), 51-56.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L. & Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Musitu, G., Jiménez, T.I. & Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud pública de México*, 49 (1), 3-10.
- Musitu, G., Jiménez, T.I. & Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud pública de México*, 49 (1), 3-10.
- Newcomb, M. D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- NIDA (2001). *Principles of drug addiction treatment*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- NIDA (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-Based guide*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Recuperado el 2 de Junio de 2010 de: www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2nd. ed.). New York: MacGraw-Hill.
- Oetting, E. R. & Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- Orenstein, P. (1994). *Schoolgirls: young women, self-esteem, and the confidence gap*. New York: Doubleday.

- Padilla Carmona, M^a. T., García Gómez, S. & Suarez Ortega, M. (2010). Diferencias de género en el autoconcepto general y académico de estudiantes de 4º de la eso. *Revista de educación*, 352, 495-515.
- Pandina, R., Jonhson, V. & Labouvie, E. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. En M. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 179-209). Washington, DC: American Psychological Association.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Porath-Waller A., Beasley E., & Beimes D.J. (2010), A meta-analytic review of school based prevention for cannabis use. *Health Education Behaviour* 37 (5): 709-723 Recuperado el 10 de Octubre de 2010 de DOI: 10.1177/1090198110361315
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Plan de Acción 2005-2008. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional sobre Drogas (2011). *Manifiesto contra el consumo de bebidas alcohólicas por menores*. Madrid: Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Recuperado el 3 de Mayo de 2013 de <http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/Manifiesto.pdf>
- Plan Nacional sobre Drogas (2013). *Plan de Acción 2013-2016. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 21 de Mayo de 2014 de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGAS2013_2016.pdf
- Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention* 20(1) 75-94.
- Ramos, P., Oliva, A., Moreno, C., Lorence, B., Jiménez, A.M., Jiménez, L., Hidalgo, M.V., & Antolín, L. (2010). *Los programas escolares para la prevención del consumo de sustancias. Análisis de las claves que determinan su eficacia*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta d Andalucía y la Universidad de Sevilla.
- Retuerto, A. (2004) Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*, 22(3), 323-339.
- Robertson, E. B., David, S. L., & Rao, S. A. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders* (2nd ed.). . Maryland: National Institute on Drug Abuse (NIDA)
- Romo Avilés, N. (2006). Género y uso de drogas. La invisibilidad de las mujeres. *Monografía Humanitas*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médica, volumen 5.

- Roona M.R., Streke A., Marshall D. (2003) Substances, adolescence (meta-analysis) En: Gullotta T.P., Bloom M. *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion* (pp.1073-1078). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ruiz Carrasco, P., Lozano Sanmartín, E., & Polaino Lorente, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 10, 04, 29-36.
- Rundall, T.G., & Bruvold, W.H. (1988) A Meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention program. *Health Education Quarterly*, 15, 317-334.
- Santacreu, J. & Froján, M.X. (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 253-268
- Santacreu, J., Froján, M.X., & Hernández, J.A. (1992). Modelo de génesis del consumo de drogas: Formulación y verificación empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 781- 804.
- Schinke, S.P., Fang, L., & Cole, K.C.A. (2008). Substance use among early adolescent girls: Risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 43, 191-194.
- Santisteban, C. (1990). *Psicometría: teoría y práctica de construcción de test*. Madrid: Norma.
- Sloboda, Z., & Bukoski, W. (2003). Handbook of Drug Abuse Prevention. *Handbooks of Sociology and Social Research*. New York.
- Springer, J. F., Sale, E., Herman, J., Sambrano, S., Kasim, R. & Nistler, M. (2004) Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 171-194.
- Steven P., Lin, F. & Kristin C.A. (2008) Substance Use Among Early Adolescent Girls: Risk nd Protective Factors. *Journal of Adolescent Health*, 43, 191-194.
- Tobler N.S. (1986) Meta-Analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcomes results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
- Tobler N.S., Roona M.R., Ochshorn P., Marshall D.G., Streke A.V. & Stackpole K.M. (2000), 'School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis', *The Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336, DOI: 10.1023/A:1021314704811
- Trianes, M. V., & García, A. (2002) Educación socio-afectiva y prevención de conflictos interpersonales en los centros escolares. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 44, 175-189. Recuperado el 4 de Agosto de 2011 de www.redalyc.org/articulo.oa?id=27404409
- Velleman, R., Templeton, L. & Copello, A. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review* 24(2); 93-109.

- Velleman R. (2009), Alcohol prevention programs. A review of the literature for the Joseph Rowntree Foundation (part two) York: Robert Rowntree Foundation. Recuperada el 7 de Agosto de 2011 de www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/alcohol-prevention-progs-parttwo.pdf
- Villarreal-González, M.E., Musitu, G., Sánchez-Sosa, J.C. & Varela, R. (2010). El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. *Psicothema*, 19(3), 253-264.
- Waldron, H. B. (1998). Substance abuse disorders. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 5, pp. 539-563). Oxford, RU: Elsevier Science Ltd.
- Werch, C. E. & Di Clemente, C. C. (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.
- Wills, T.A. (1994). Self-esteem and perceived control in adolescent substance use: Comparative tests in concurrent and prospective analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8, 233-234.
- Windle, M. & Windle, R.C. (1999). Adolescent tobacco, alcohol and drug use: current findings. *Adolescent medicine: State of the Art Reviews* 10 (1) February.
- World Health Organization (2002). *Prevention of psychoactive substance use. A selected review of what works in the area of prevention.* Recuperado 14 de julio de 2013 http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf

**ANEXO 1: NÚMERO DE AÑOS DE APLICACIÓN DEL PPV Y
TALLERES DE REFUERZO EN 3º Y 4º DE ESO**

NÚMERO CENTRO	CURSO 2002/03	CURSO 2003/04	CURSO 2004/05	CURSO 2005/06	CURSO 2006/07	CURSO 2007/08	CURSO 2008/09	CURSO 2009/10	CURSO 2010/2011	Total años aplicación	Talleres
1		s	s						s	3	
2		s	s	s	s		s		s	6	
3									s	1	
4					s	s	s	s	s	5	
5				s	s	s	s	s	s	7	T3Y4
6					s	s	s		s	4	
7	s				s	s	s	s	s	6	T3
8							s	s	s	3	T3Y4
9									s	1	
10		s				s	s	s	s	5	T3Y4
11			s	s			s	s	s	5	T3Y4
12	s	s	s		s	s	s	s	s	8	T4
13		s	s	s	s	s	s	s	s	8	
14	s	s	s	s	s	s	s	s	s	9	T3Y4
15	s	s	s	s	s	s	s	s	s	9	
16							s	s	s	3	T3Y4
17	s	s	s	s	s	s	s	s	s	9	T3Y4
18	s	s							s	3	T3Y4
19				s	s	s	s		s	5	T3Y4
20									s	1	
21				s	s	s	s	s	s	6	T3Y4
22		s	s	s	s	s	s	s	s	8	T3Y4
23		s					s	s	s	4	T3Y4
24							s	s	s	3	
25	s	s	s	s	s	s	s	s	s	9	
26									s	1	
27			s	s	s	s	s	s	s	7	
28							s	s	s	3	
29				s	s	s	s		s	5	
30				s	s		s	s	s	5	T3Y4
31	s								s	2	
32			s	s	s	s	s	s	s	7	T3Y4

33	s	s	s	s	s	s	s	s	s	9	T3Y4
34	s	s	s	s	s				s	6	
35		s							s	2	
36	s	s	s	s	s			s	s	7	T3Y4
37			s	s	s	s			s	5	T3Y4
38				s	s	s	s	s	s	6	
39	s	s	s	s	s	s	s	s	s	9	
40		s	s	s	s	s	s	s	s	8	T3Y4
41									s	1	T3Y4
42									s	1	
43									s	1	
44		s	s		s	s			s	5	
45	s	s	s		s	s	s	s	s	8	
46						s	s	s	s	4	
47	s								s	2	
48	s				s				s	3	T3Y4
49				s	s	s	s	s	s	6	T3Y4
50		s	s		s	s	s	s	s	7	
51							s	s	s	3	
52					s	s	s		s	4	
53									s	1	
54								s	s	2	
55	s		s	s	s	s	s	s	s	8	
56									s	1	T3Y4
57		s							s	2	
58	s				s				s	3	T3Y4
59									s	1	
60									s	1	
61			s						s	2	
62	s	s	s	s	s				s	6	
63		s	s	s			s		s	5	
64	s								s	2	
65										2	

Nota. S: Si aplica el PPV. T3Y4: talleres en 3º de la ESO y 4º de la ESO. T3: talleres en 3º de la ESO. T4: talleres en 4º de la ESO

ANEXO 2: CUESTIONARIOS DE VALORACIÓN/EVALUACIÓN



PREVAL-PPV1. INFORME DEL PROFESOR/A

Forma A. Curso 2010-2011

Estamos realizando un estudio en diferentes centros escolares de la Comunidad de Madrid para conocer su valoración en relación a algunos comportamientos de sus alumnos.

Para cada niño o niña de su clase se ha de evaluar en qué medida se cumple cada uno de los ítems de este cuestionario. La escala es un continuo que va de 1 indicando poco, nada o no de acuerdo con lo que plantea el ítem, a 10 indicando mucho o muy de acuerdo.

Por favor, responda a estas cuestiones pensando en sus alumnos individualmente, para lo cual complete un cuestionario por cada uno de ellos.

Fecha en que realiza esta evaluación:

Nombre del centro Educativo:

Curso y Aula:

Código para identificar al alumno/a que va a evaluar:

1º Anote las TRES primeras letras de su PRIMER apellido:

2º Anote su fecha de nacimiento:

Edad del alumno/a:

Sexo: () varón () mujer

Lugar de nacimiento (país):

Lo primero, complete por favor estos datos del alumno que va a evaluar:

INSTRUCCIONES:

Rodee con un círculo o marque con una "X" su respuesta en la escala que va de 1 a 10. Por favor, no se deje ningún ítem sin responder. Si no está seguro/a de qué responder, conteste lo que le parezca más posible en su opinión. Todas las respuestas son confidenciales y formarán parte de un estudio de más de 1000 casos. **Muchas gracias por su participación.**

<i>Este alumno o alumna:</i>	<i>Nada de acuerdo Poco o nada</i>	<i>Muy de acuerdo Mucho</i>
1. Valora sus cualidades y características personales.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
2. Participa en actividades grupales en el aula.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
3. Pierde el material escolar.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

<i>Este alumno o alumna:</i>	<i>Nada de acuerdo Poco o nada</i>	<i>Muy de acuerdo Mucho</i>
4. Protesta cuando se tiene que lavar las manos o los dientes.		
5. Tiene pocos amigos	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
6. Tiene una imagen positiva de sí mismo/a.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
7. Puede estar tranquilo cuando se le pide.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
8. Le gusta hacer ejercicio y actividades deportivas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
9. Los demás niños no le hacen caso.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
10. Participa en trabajos en grupo asumiendo la responsabilidad que le corresponde.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
11. Es responsable con sus tareas escolares.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
12. Trae chuches a clase y le gusta comerlas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
13. Expresa sus preferencias	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
14. Le gusta estar solo/a.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
15. Se pone nervioso cuando tiene problemas personales.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
16. Le gusta comer frutas y verduras.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
17. Muestra un nivel de autonomía adecuado a su edad	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
18. Se porta adecuadamente sin necesidad de estar encima o castigarle.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
19. Comparte los materiales y juegos con los compañeros.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
20. Se levanta de su mesa y no se está quieto/a.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
21. Se ensucia a menudo la ropa en el patio y/o comedor.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
22. Asume y realiza responsabilidades propias de su edad	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
23. Muestra una actitud de respeto hacia los demás.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
24. Realiza sus trabajos escolares de forma ordenada y limpia.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
25. Reconoce cuáles son los alimentos saludables.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
26. Dice de sí mismo/a “no valgo” o “no sirvo para nada”	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
27. Es sensible ante los problemas de sus compañeros.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
28. Actúa sin pensar o dice lo primero que se le ocurre.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
29. Se niega a jugar con los demás.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
30. Respeta las normas del aula y del centro escolar.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

<i>Este alumno o alumna:</i>	<i>Nada de acuerdo Poco o nada</i>	<i>Muy de acuerdo Mucho</i>
31. Defiende sus ideas y opiniones		
32. Se siente integrado dentro del grupo / aula.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
33. Participa en trabajos en grupo asumiendo la responsabilidad que le corresponde.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
34. Es capaz de elegir entre diferentes actividades explicando los motivos	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
35. Frecuentemente se pelea con otros niños/as.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
36. Se muestra atolondrado/a e impulsivo/a con frecuencia.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
37. Participa en actividades y juegos no dirigidos.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
38. Es servicial con los otros niños/as.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
39. Antes de actuar piensa en las consecuencias que puede tener.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

YA HA TERMINADO CON ESTE ALUMNO/A. MUCHAS GRACIAS



PREVAL-PPV2. INFORME DEL PROFESOR/A
Forma A. Curso 2010-2011

Estamos realizando un estudio en diferentes centros escolares de la Comunidad de Madrid para conocer su valoración en relación a algunos comportamientos de sus alumnos.

Para cada niño o niña de su clase se ha de evaluar en qué medida se cumple cada uno de los ítems de este cuestionario. La escala es un continuo que va de 1 indicando poco, nada o no de acuerdo con lo que plantea el ítem, a 10 indicando mucho o muy de acuerdo.

Por favor, responda a estas cuestiones pensando en sus alumnos individualmente, para lo cual complete un cuestionario por cada uno de ellos.

Fecha en que realiza esta evaluación:

Nombre del centro Educativo:

Curso y Aula:

Código para identificar al alumno/a que va a evaluar:

1º Anote las TRES primeras letras de su PRIMER apellido:

2º Anote su fecha de nacimiento:

Edad del alumno/a:

Sexo: () varón () mujer

Lugar de nacimiento (país):

Lo primero, complete por favor estos datos del alumno que va a evaluar:

INSTRUCCIONES:

Rodee con un círculo o marque con una "X" su respuesta en la escala que va de 1 a 10. Por favor, no se deje ningún ítem sin responder. Si no está seguro/a de qué responder, conteste lo que le parezca más posible en su opinión. Todas las respuestas son confidenciales y formarán parte de un estudio de más de 1000 casos. **Muchas gracias por su participación.**

Este alumno o alumna:	<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
	<i>Poco o nada</i>	<i>Mucho</i>
1. Es servicial con los otros niños/as.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
2. Tiene una imagen positiva de sí mismo/a.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
3. Es responsable con sus tareas escolares.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
4. Se ensucia la ropa en el patio y/o comedor.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
5. Sale en defensa de compañeros de los que se burlan o molestan otros.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
6. Dice abiertamente lo que le gusta y lo que no le gusta.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
7. Valora sus cualidades y características personales.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

Este alumno o alumna:	<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
	<i>Poco o nada</i>	<i>Mucho</i>
8. Le gusta estar solo/a.		
9. Actúa sin pensar o dice lo primero que se le ocurre.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
10. Si ve que alguien es tratado injustamente siente compasión o sale en su defensa.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
11. Canaliza adecuadamente las emociones negativas de rechazo, o aversión.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
12. Expresa sus preferencias	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
13. Participa en actividades y juegos no dirigidos.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
14. Pierde el material escolar.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
15. Le gusta hacer ejercicio y actividades deportivas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
16. Este alumno/a es una persona bastante sensible.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
17. Pide ayuda y/o apoyo a los compañeros o profesores.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
18. Dice de sí mismo/a “no valgo” o “no sirvo para nada”	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
19. Puede estar tranquilo cuando se le pide.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
20. Participa en trabajos en grupo asumiendo la responsabilidad que le corresponde.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
21. Sabe escuchar las opiniones de los compañeros en las discusiones o conversaciones.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
22. Participa en trabajos en grupo asumiendo la responsabilidad que le corresponde.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
23. Comparte los materiales y juegos.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
24. Se pone nervioso cuando tiene problemas personales.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
25. Le afectan las desgracias de los compañeros.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
26. Brinda apoyo y cariño a sus compañeros de clase.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
27. Asume y realiza responsabilidades propias de su edad	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
28. Respeta las normas del aula y del centro.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
29. Se muestra atolondrado/a e impulsivo/a	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
30. Protesta cuando se tiene que lavar las manos o los dientes.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
31. Puede tener en cuenta las opiniones de los otros en un conflicto.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
32. Pide ayuda cuando la necesita.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
33. Defiende sus ideas y opiniones	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
34. Participa en actividades grupales en el aula.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

Este alumno o alumna:	<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
	<i>Poco o nada</i>	<i>Mucho</i>
35. Se levanta de su mesa y no se está quieto/a.		
36. Le gusta comer frutas y verduras.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
37. Se siente preocupado/a por los compañeros cuando tienen problemas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
38. Expresa con facilidad sus emociones y sentimientos.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
39. Es capaz de elegir entre diferentes actividades explicando los motivos.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
40. Realiza sus trabajos escolares de forma ordenada y limpia.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
41. Muestra una actitud de respeto a los demás.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
42. Come chuches frecuentemente.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
43. Tiene pocos amigos.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
44. Sabe ponerse en lugar de los otros para ver sus puntos de vista.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
45. Muestra un nivel de autonomía adecuado a su edad.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
46. Se porta adecuadamente sin necesidad de estar encima o castigarle.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
47. Muestra sentimientos tiernos y de preocupación hacia las personas menos afortunadas que él o ella.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
48. Los demás niños no le hacen caso.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
49. Le afectan emocionalmente las cosas que ocurren a su alrededor.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
50. Reconoce cuáles son los alimentos saludables.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
51. Se pelea con otros niños/as.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
52. Se niega a jugar con los demás.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
53. Es sensible ante los problemas de sus compañeros.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
54. Se siente integrado dentro del grupo / aula.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
55. Antes de actuar piensa en las consecuencias que puede tener.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

YA HA TERMINADO CON ESTE ALUMNO/A. MUCHAS GRACIAS



PREVAL-PPV3. AUTO-INFORME ALUMNOS

Forma A. Curso 2010-2011

Estamos realizando un estudio en diferentes centros escolares de la Comunidad de Madrid para conocer la opinión y comportamientos de alumnos y alumnas como tú.

Nos interesa conocer TU opinión sobre las diferentes cuestiones que encontrarás en este cuadernillo. Por tanto, no es necesario que contestes *LO QUE TÚ CREES QUE ESTARÍA BIEN* o *LO QUE SERÍA LO CORRECTO*, sino **LO QUE TÚ SUELES HACER HABITUALMENTE o LO QUE REALMENTE PIENSAS.**

Por favor, responde a estas cuestiones con sinceridad y se tú mismo/a.

Lo primero, completa estos datos para hacer tu clave personal y tratar tus respuestas de forma anónima:

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrarás algunas frases relacionadas con la forma de pensar o comportarse de chicos y chicas de tu edad. Puedes contestar con toda sinceridad ya que nadie puede saber a quién corresponde cada cuestionario. No se trata de un exámen. No hay respuestas malas o buenas. Cualquier respuesta es buena si corresponde a tu forma de pensar o actuar. Marca con una cruz "X" tu respuesta en la escala que va de 1 a 10. Si marcas 1 indica que a la frase que lees le das un valor de poco o nada, o que estás poco de acuerdo. Por el contrario si marcas 10 a continuación de la frase estás indicando que estás muy de acuerdo con ella, o lo que señala la frase lo haces o piensas mucho. No dejes frases sin responder. Los resultados nos ayudarán a diseñar una educación más adecuada a tus inquietudes y preocupaciones.

Muchas gracias por tu participación.

Fecha de hoy:

Nombre de tu instituto o colegio actual:

Curso y

Aula:

Código:

1º Anota las TRES primeras letras de tu PRIMER apellido

2º Anota tu fecha de nacimiento

Edad:

Sexo: () varón () mujer

Lugar de nacimiento (país):

	<i>Nada de acuerdo Poco o nada</i>	<i>Muy de acuerdo Mucho</i>
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
2. Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
3. Me cuesta expresar mis sentimientos.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
4. Soy responsable con mis tareas escolares.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
5. Cuando me divierto no pienso que lo que haga pueda perjudicar mi salud.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
6. Pienso que hay dos partes para cada cuestión e intento tener en cuenta ambas partes.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
7. A veces pienso que no sirvo para nada.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
8. Me siento muy preocupado por los compañeros cuando tienen problemas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
9. Me cuesta iniciar, mantener o cerrar una conversación con personas que no conozco.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
10. Me pongo nervioso cuando tengo problemas personales.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
11. Siempre cumplo las indicaciones que me da el médico cuando estoy enfermo.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
12. Creo tener algunas cualidades buenas; por ejemplo, buen estudiante, buen compañero, bueno en los juegos, o similar...	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
13. Intento tener en cuenta todas las opiniones en un conflicto antes de tomar una decisión.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
14. Me cuesta decir no a otras personas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
15. Frecuentemente pierdo el material escolar.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
16. Por nada pondría en riesgo mi salud.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
17. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
18. Cuando veo que a alguien le están tomando el pelo o se burlan de él o ella, salgo en su defensa.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
19. Tengo problemas para relacionarme con personas del sexo opuesto.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
20. Puedo estar tranquilo la mayor parte del tiempo cuando me lo piden los profesores.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

	<i>Nada de acuerdo Poco o nada</i>	<i>Muy de acuerdo Mucho</i>
21. Intento comer alimentos saludables (frutas, verduras) aunque no me gusten mucho.		
22. Tengo pocos motivos para sentirme orgulloso de mí mismo.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
23. Intento comprender a mis amigos pensando en cómo ven ellos las cosas (poniéndome en su lugar).	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
24. Me resulta muy difícil negarme cuando me ofrecen participar en alguna actividad, aunque no me apetezca.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
25. Pienso que soy un fracaso.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
26. Rara vez hago ejercicio: deportes, caminar..., aunque sea bueno para mi salud.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
27. A veces me siento inútil.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
28. Las desgracias que le pasan a otras personas normalmente me molestan mucho.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
29. Tengo dificultades para conocer gente nueva.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
30. Realizo los trabajos escolares de forma ordenada y limpia.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
31. Vale la pena esforzarse en mantener la salud.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
32. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuviera en su lugar.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
33. Me considero tan valioso como los demás	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
34. Cuando veo a alguien que está siendo tratado injustamente, siento compasión por él o ella.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
35. Me comporto de forma impulsiva: hago lo primero que se me ocurre.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
36. Desearía gustarme más.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
37. Si estoy seguro que tengo la razón en algo, no pierdo tiempo escuchando los argumentos de los demás.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
38. Cuando me preguntan digo lo primero que se me ocurre, sin pensarlo antes bien.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
39. Los demás dicen que soy un alumno responsable.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
40. Cuando estoy disgustado con alguien, intento ponerme en su lugar por un momento.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
41. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

	<i>Nada de acuerdo Poco o nada</i>	<i>Muy de acuerdo Mucho</i>
42. Antes de actuar pienso en las consecuencias que pueda tener lo que haga.		
43. Puedo portarme adecuadamente sin que los profesores o mis padres tengan que estar pendientes de mí o castigarme.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
44. Me afectan emocionalmente las cosas que veo que ocurren.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
45. Me comporto de forma impulsiva y atolondrada con frecuencia.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
46. Tengo sentimientos tiernos y de preocupación hacia la gente menos afortunada que yo.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
47. La mayor parte del tiempo actúo sin pensar.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
48. Me considero una persona bastante sensible.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

YA HAS TERMINADO. ASEGÚRATE QUE TODAS LAS FRASES DEL CUESTIONARIO ESTÁN CONTESTADAS

MUCHAS GRACIAS

**PREVAL-PPV4. AUTO-INFORME ALUMNOS****Forma A. Curso 2010-2011**

Estamos realizando un estudio en diferentes centros escolares de la Comunidad de Madrid para conocer la opinión y comportamientos de alumnos y alumnas como tú.

Nos interesa conocer TU opinión sobre las diferentes cuestiones que encontrarás en este cuadernillo. Por tanto, no es necesario que contestes *LO QUE TÚ CREES QUE ESTARÍA BIEN* o *LO QUE SERÍA LO CORRECTO*, sino **LO QUE TÚ SUELES HACER HABITUALMENTE o LO QUE REALMENTE PIENSAS**.

Por favor, responde a estas cuestiones con sinceridad y se tú mismo/a.

Lo primero, completa estos datos para hacer tu clave personal y tratar tus respuestas de forma anónima:

Fecha de hoy:

Nombre de tu instituto o colegio actual:

Curso y Aula:

Código:

1º Anota las TRES primeras letras de tu PRIMER apellido

2º Anota tu fecha de nacimiento

Edad:

Sexo: () varón () mujer

Lugar de nacimiento (**país**):

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrarás algunas frases relacionadas con la forma de pensar o comportarse de chicos y chicas de tu edad. Puedes contestar con toda sinceridad ya que nadie puede saber a quién corresponde cada cuestionario. No se trata de un examen. No hay respuestas malas o buenas. Cualquier respuesta es buena si corresponde a tu forma de pensar o actuar. Marca con una cruz "X" tu respuesta en la escala que va de 1 a 10. Si marcas 1 indica que a la frase que lees le das un valor de poco o nada, o que estás poco de acuerdo. Por el contrario si marcas 10 a continuación de la frase estás indicando que estás muy de acuerdo con ella, o lo que señala la frase lo haces o piensas mucho. No dejes frases sin responder. Los resultados nos ayudarán a diseñar una educación más adecuada a tus inquietudes y preocupaciones. **Muchas gracias por tu participación.**

	<i>Nada de acuerdo Poco o nada</i>	<i>Muy de acuerdo Mucho</i>
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
2. La policía no debería meterse con los jóvenes que prueban drogas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
3. Me cuesta expresar mis sentimientos.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
4. Tomo decisiones sin pensar en las consecuencias.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
5. Consumir drogas es divertido.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

	<i>Nada de acuerdo Poco o nada</i>	<i>Muy de acuerdo Mucho</i>
6. A veces pienso que no sirvo para nada.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
7. Me cuesta iniciar, mantener o cerrar una conversación con personas que no conozco.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
8. Hago cosas de las que después me arrepiento.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
9. Una persona joven nunca debería probar drogas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
10. Creo tener algunas cualidades buenas; por ejemplo, buen estudiante, buen compañero, bueno en los juegos, o similar...	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
11. En los institutos o colegios se deberían enseñar los peligros reales del consumo de drogas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
12. Me cuesta decir no a otras personas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
13. Cuando tengo una idea tomo una decisión sin pensar.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
14. Probar las drogas es perder el control de tu vida.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
15. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
16. Tengo problemas para relacionarme con personas del sexo opuesto.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
17. Las drogas ayudan a la gente a tener una experiencia plena de la vida.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
18. Decido las cosas según me viene a la cabeza.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
19. Hay pocas cosas más peligrosas que experimentar con drogas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
20. Tengo pocos motivos para sentirme orgulloso de mí mismo.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
21. Tengo dificultades para conocer gente nueva.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
22. Consumir drogas puede ser agradable	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
23. Cuando decido algo, no me importa lo que piensen mis amigos.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
24. A veces me siento inútil.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
25. Tengo en cuenta todas las opciones o posibilidades antes de decidirme por algo.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
26. Las leyes en materia de drogas deberían ser más estrictas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

	<i>Nada de acuerdo Poco o nada</i>	<i>Muy de acuerdo Mucho</i>
27. Me considero tan valioso como los demás.		
28. Hay muchas cosas mucho más arriesgadas que probar drogas.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
29. Cambio mi decisión sobre algo varias veces al día.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
30. Desearía gustarme más.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
31. Cuando he decidido hacer algo, siempre lo llevo a cabo.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
32. Todo el que prueba drogas acaba lamentándolo.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
33. Pienso que soy un fracaso.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
34. El uso de drogas es uno de los grandes problemas de los jóvenes.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
35. Me resulta muy difícil negarme cuando me ofrecen participar en alguna actividad, aunque no me apetezca.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	
36. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10	

YA HAS TERMINADO, ASEGÚRATE QUE TODAS LAS FRASES ESTÁN CONTESTADAS

MUCHAS GRACIAS

ANEXO 3: CONTENIDO DE LOS TALLERES DE REFUERZO

Talleres de refuerzo

3º y 4º ESO	OBJETIVOS	MATERIAL UTILIZADO ^a	TRABAJO GRUPAL	CIERRE	IDEAS CLAVE
Sesión 1: Hablemos de drogas	Conceptos básicos Desmontar mitos Aclarar dudas Conocer los factores de riesgo/protección	Anuncios de las campañas de publicidad de la FAD DVD todo sobre las drogas FAD	Grupos de discusión sobre los temas tratados y puesta en común	Conclusiones de la sesión y resolución de dudas	Informar sobre sustancias a partir de sus dudas para desmontar falsas ideas
Sesión 2: Decisiones inteligentes	Trabajar el autocontrol y toma de decisiones	Anuncios de las campañas de publicidad de la FAD Secuencia de películas donde hay escenas de pérdida de control	Debates y grupos de discusión	Reforzar ideas aportadas por el alumnado que fomenten la correcta toma de decisiones	Enseñar el proceso activo de toma de decisiones explicando las diferentes etapas del mismo
Sesión 3: El peaje de los grupos	Trabajar la presión de grupo facilitando formas de decir no y ser asertivos	Secuencias de películas donde los protagonistas ceden a la presión de grupo	Lluvia de ideas, debate y grupos de discusión, role-playing	Reforzar ideas aportadas por el alumnado que fomenten las habilidades desarrolladas en el taller para manejar la presión de grupo	Trabajar la asertividad
Sesión 4: Ocio y consumo	Reflexionar sobre el uso del ocio y tiempo libre y el papel que juega el consumo de sustancias en el mismo	Anuncios de las campañas de publicidad de la FAD DVD "Me llamo Marcos García" FAD	Lluvia de ideas, debate y grupos de discusión	Reforzar ideas aportadas por el alumnado que fomenten un uso del tiempo libre fuera del abuso de sustancias	Importancia de planificar el tiempo de ocio

Nota Fuente: Adaptado del material ofrecido por la FAD a los técnicos de prevención que realizan los talleres de refuerzo. ^aEl material audiovisual utilizado, anuncios de campañas publicitarias y las escenas de películas son diferentes en 3º y 4º de la ESO.

